

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

MATEUS OLIVEIRA MARCELINO

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA
ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DA
REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS**

Divinópolis
Julho/2020

MATEUS OLIVEIRA MARCELINO

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA
ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DA
REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico - da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes

Coorientadora: Profa. Dra. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

**Divinópolis
Julho/2020**

Marcelino, Mateus Oliveira

Avaliação do grau de adequação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades da rede cegonha em Minas Gerais [manuscrito] / Mateus Oliveira Marcelino. – 2020.

110 f. ; il.

Orientador: Juliano Teixeira Moraes

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São João Del-Rei. Departamento de Enfermagem.

Referências: f. 87-92.

Defesa da dissertação de mestrado do **MATEUS OLIVEIRA MARCELINO**, intitulada: “**AVALIAÇÃO DO GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS**”, orientado pelo Profº Drº. Juliano Teixeira Moraes, apresentado à banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSJ, em 17 de julho de 2020.

Os membros da Banca Examinadora consideraram o candidato

Banca Examinadora:

(Assinatura) _____

(Titulação/nome/instituição)

(Assinatura) _____

(Titulação/nome/instituição)

(Assinatura) _____

(Titulação/nome/instituição)

Aos meus pais pelo apoio incondicional, especialmente à minha querida mãe Laudi, pelo carinho e compreensão na minha ausência, mesmo quando a visitava.

Aos meus amigos, pelo apoio nos momentos mais difíceis dessa jornada.

DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir chegar até aqui dizendo todos os dias que desistir era uma palavra que não existia no meu dicionário e por me proporcionar gratidão para seguir em frente sem desanimar.

À minha família, por todo carinho e compreensão nas minhas ausências e impaciências, deixando de visitá-los por até meses e pelos finais de semana no computador quando estava em casa.

Ao meu orientador Dr. Juliano Teixeira de Moraes, por ter confiado em mim e me proposto o desafio da avaliação em saúde. À minha coorientadora Dra. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, pelo carinho, receptividade e colaboração com o meu trabalho.

À Dra. Maria do Carmo Leal, pelo consentimento da parceria entre a UFSJ e a FIOCRUZ no uso do banco de dados para realização dessa pesquisa. À Dra. Eliete Albano de Azevedo Guimarães e Dra. Valéria Conceição de Oliveira por serem minhas grandes referências na avaliação em saúde. À Dra. Sônia Lansky e Dra. Maria Esther de Albuquerque Vilela, pela grande contribuição técnica no trabalho. À Yammê Portela, mestranda da ENSP/FIOCRUZ pelo auxílio com o banco de dados.

Aos amigos que fiz durante a pós-graduação. Aquilo sim era um grupo de apoio, muito obrigado a todos. Vocês não imaginam o quanto eram importantes aquelas mensagens de incentivo.

Às acadêmicas de Medicina Júlia Nery e Rafaela Oliveira pela parceria no artigo de revisão integrativa.

Aos colegas de trabalho e gestores da Maternidade Odete Valadares e da UPA Petrolândia pelo apoio nas trocas de plantões e flexibilização nos horários de trabalho.

Ao Alexandre, que me apoiou desde a construção do projeto para a seleção do mestrado até o fim. À residente de enfermagem obstétrica Ana Luiza, que tanto me ajudou com as minhas dificuldades de informática na formatação do trabalho. À Alexandra, bibliotecária da maternidade sempre me socorrendo. À Álida estatística, que esteve presente comigo nos momentos mais desafiadores dessa pesquisa.

Ao Jones, meu eterno incentivador para a vida. Ao Duílio, com sua calma inspiradora me ajudando desde a construir fluxogramas até a manter a serenidade nos momentos mais turbulentos. Ao Irlei, meu maior incentivador para a pós-graduação.

Aos membros da banca examinadora por terem aceitado participar da avaliação deste estudo e das contribuições oferecidas.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, o Brasil apresentou avanços importantes para a qualidade de vida da saúde das mulheres e crianças. No entanto, ainda persistem inúmeros desafios para se garantir condições seguras de nascimento e eliminar a mortalidade materna e neonatal evitáveis no país. Neste cenário, em 2011, o Ministério da Saúde cria a Rede Cegonha (RC), uma rede de cuidados que assume o compromisso de garantir à mulher e à criança o direito à atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério e o crescimento e desenvolvimento saudável de seus filhos seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde e de práticas baseadas em evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). **Objetivo:** Avaliar o grau de adequação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em maternidades da Rede Cegonha no estado de Minas Gerais. **Método:** Estudo transversal, que avaliou 44 maternidades pertencentes às cinco macrorregiões de saúde prioritárias de Minas Gerais, escolhidas inicialmente para compor o processo de adesão à Rede Cegonha: Centro, Norte, Leste, Nordeste e Jequitinhonha. A coleta de dados se deu por meio de análise de documentos, observação direta e questionários estruturados. Participaram da pesquisa gestores, trabalhadores e puérperas. Para a estimativa do grau de adequação, foi utilizada uma matriz de análise e julgamento, com três componentes e vinte e cinco critérios referentes à diretriz “Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento” da RC. O grau de adequação foi definido, por meio de um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada critério, arbitrados por especialistas. **Resultados:** o grau de adequação das boas práticas foi classificado como não adequado em 61,4% das maternidades e parcialmente adequado em 38,6%. O componente direito ao acompanhante de livre escolha foi responsável pelo maior grau de adequação entre as maternidades, seguido pelo componente boas práticas na atenção à mulher e redução de intervenções desnecessárias. O componente pior avaliado foi o de boas práticas na atenção ao recém-nascido. **Conclusão:** os resultados mostram baixa adequação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento e a avaliação em saúde pode ser um instrumento de orientação no monitoramento da assistência nas maternidades.

Palavras chave: Avaliação em saúde, Maternidades, Saúde materno-infantil.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	JUSTIFICATIVA	16
4	REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1	ESTRATÉGIA NACIONAL DA REDE CEGONHA	17
4.2	IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS	20
4.3	COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO: CENÁRIO ATUAL E DESAFIOS	22
4.4	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	25
5	MÉTODO	29
5.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA NACIONAL	29
5.1.1	Instrumentos de pesquisa.....	30
5.1.2	Trabalho de campo.....	32
5.2	TIPO DE ESTUDO	33
5.3	LOCAL DE ESTUDO	33
5.3.1	Desenvolvimento do modelo lógico das boas práticas na atenção ao parto e nascimento e criação da matriz de medidas	34
5.4	ANÁLISE DE DADOS	41
5.5	ASPÉCTOS ÉTICOS	50
6	RESULTADOS.....	51
6.1	ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DE MATERNIDADES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA*	52
6.2	ARTIGO 2 – ANÁLISE DO GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS.....	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
	APÊNDICES	93

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO LÓGICO: DIRETRIZ “BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO” DA REDE CEGONHA.....35

ARTIGO 1

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS (PRISMA)57

FIGURA 2 – CARACTERÍSTICAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A AVALIAÇÃO DE MATERNIDADES NAS DIMENSÕES DE ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS58

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MATERNIDADES POR MACRORREGIÕES DE SAÚDE.....	33
QUADRO 2 - MATRIZ DE MEDIDAS.....	36
QUADRO 3 - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO.....	43
QUADRO 4 - GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS.....	50

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - GRAU DE ADEQUAÇÃO GERAL, POR ESTRUTURA E PROCESSO EM MATERNIDADES DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS69

TABELA 2 - GRAU DE ADEQUAÇÃO DE MATERNIDADES POR COMPONENTES.....69

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades
MS	Ministério da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
GEICOM	Gerenciamento de Indicadores, compromissos e metas
CPN	Centro de Parto Normal
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
UCINCa	Unidades de Cuidados Neonatais Canguru
GAR	Gestação de Alto Risco
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente 300.000 mulheres morrem por causas relacionadas à gravidez e ao parto no mundo todos os anos. Quase todas elas ocorrem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (99%) e poderiam ser evitadas com cuidados especializados durante o pré-natal, parto e puerpério (ALKEMA et al., 2016).

Embora a chance de sobrevivência tenha melhorado nos últimos anos para as crianças menores de cinco a anos, as taxas de redução de mortalidade foram desiguais, com menor queda de mortalidade neonatal (40%) em comparação às faixas etárias de 1 a 11 meses (51%) e 1 ano a 4 anos (60%). Tal fato está intimamente relacionado a problemas na qualidade da assistência pré-natal e ao parto (REPORT, 2018). A mortalidade neonatal tem sido destaque e foi responsável por 47% dos óbitos em menores de cinco anos em 2017, com 2,5 milhões de óbitos de recém-nascidos no primeiro mês de vida. (HUG et al., 2019).

Neste cenário, o Brasil, nas últimas décadas apresentou avanços importantes para a qualidade de vida da saúde das mulheres e crianças. Isto se deu por meio de investimentos em saneamento básico, educação, redução da pobreza por programas de distribuição de renda e ampliação do acesso aos serviços de saúde. No entanto, ainda persistem inúmeros desafios para se garantir condições seguras de nascimento e reduzir a mortalidade materna e neonatal evitáveis no país. Embora a oferta de serviços obstétricos seja satisfatória, visto que 98% dos partos são assistidos em unidades hospitalares por profissionais médicos (supostamente capacitados) e a cobertura de pré-natal atingiu níveis valorosos de atenção às gestantes, os indicadores perinatais mostram-se incompatíveis com o desenvolvimento econômico e social, sugerindo má qualidade da assistência materno infantil ((VICTORA et al., 2011; LEAL et al., 2014).

Em 2000, durante a histórica Cúpula do Milênio, diversas nações mundiais, dentre elas o Brasil, assumiram o compromisso de melhorar a vida da população, especialmente dos mais pobres. Esta cúpula criou oito objetivos, dos quais o quarto e quinto se referiam à redução da mortalidade infantil e à melhoria da saúde materna, respectivamente (SAY et al., 2014).

A fim de contribuir para se atingir estes objetivos, a Rede Cegonha aparece neste cenário como uma proposta do Ministério da Saúde. Esta Rede assume o compromisso de garantir à mulher e à criança o direito à atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério e o crescimento e desenvolvimento saudável de seus filhos seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde

(SUS). Tem ainda como diferencial a mudança do modelo obstétrico e reestruturação dos processos de trabalho na assistência materno infantil, desse modo, para acelerar o declínio da morte materna no país (BRASIL, 2011a).

Dados do Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Brasil (2014) mostram que progressos foram obtidos em direção à redução da mortalidade materna, o que aponta para resultados positivos advindos da implementação desta Rede. Em 1990 morriam 141 mulheres por 100.000 nascidos vivos, já em 2011 essa razão era de 64 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No entanto, considerando a velocidade da queda desses óbitos ao longo dos últimos anos, o país não alcançou o objetivo 5 da Cúpula do Milênio, que era o de reduzir o número de óbitos maternos em 75% até 2015, permanecendo com uma razão aquém do objetivo proposto, que nesse ano foi de 57,59/100.000 (62/100.000 nascidos vivos após investigação). Estes dados revelam um contexto desafiador para a saúde das mulheres e a necessidade de políticas públicas mais eficazes em busca dos objetivos do desenvolvimento sustentável (IPEA, 2014; DATASUS, 2019).

Contudo, a mortalidade infantil caiu de 53,7/1000 em 1990 para 17,7/1000 em 2011 e 12,43/1000 em 2015 cumprindo assim com o objetivo 4 que era o de reduzir em dois terços a mortalidade infantil no país. Mesmo assim, a mortalidade neonatal firmou-se como principal componente da mortalidade infantil, especialmente devido à prematuridade e o baixo peso ao nascer. Tal fato configura forte associação com a baixa qualidade do pré-natal e assistência ao parto e nascimento (IPEA, 2014; LANSKY et al., 2014; DATASUS, 2019).

Em Minas Gerais, após investigações realizadas pelo Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal no ano de 2015, o estado contabilizou sua razão de mortalidade materna com índices de 41 óbitos de mulheres/ 100.000 nascidos vivos. Este resultado aponta para a necessidade de esforços regionais no combate à morte materna frente a tais indicadores (MINAS GERAIS, 2019).

Em relação à mortalidade infantil no estado, embora tenha cumprido o objetivo do milênio, percebeu-se uma tendência à estabilização das taxas. Tal fato exige estratégias mais consistentes para redução dos óbitos infantis evitáveis, uma vez que estatísticas recentes mostram índices entre 10 e 11 óbitos por 1000 nascidos vivos, porém, com fortes disparidades regionais (MINAS GERAIS, 2019).

Assim, estudos avaliativos mostram que para melhorar a atenção materno infantil são necessários investimentos em estrutura adequada, protocolos clínicos baseados em evidências científicas e acesso das mulheres aos serviços de saúde, sobretudo, aquelas vulneráveis (LEAL, et al., 2015).

Além disso, estudos conduzidos em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, demonstraram que a disponibilidade de profissionais capacitados, equipamentos e materiais essenciais durante o parto e as emergências obstétricas e neonatais salvam vidas de mulheres e recém-nascidos (BITTENCOURT et al., 2014; WINTER, et al., 2017).

Estudos realizados em países desenvolvidos mostram que serviços obstétricos de alta qualidade, profissionais capacitados e diretrizes clínicas de assistência ao trabalho de parto e parto diminuem o risco de complicações obstétricas e mortes maternas e neonatais evitáveis (DENHAM, HUMPHREY, TAYLOR, 2017). Havendo uma relação direta entre os óbitos perinatais com a estrutura e os processos dos serviços de saúde materno infantis (DA SILVA et al., 2014).

Portanto, incorporar boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelas equipes de saúde, por meio de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, certamente é uma das ações com maior impacto na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal (PEREIRA et al., 2018).

Dessa forma, avaliar a incorporação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento nos serviços obstétricos é essencial para reduzir as práticas desnecessárias e intervencionistas no parto e para reduzir óbitos evitáveis que ocorrem nos hospitais (DA SILVA, 2014; PEREIRA et al., 2018). Ademais, a satisfação das mulheres com as práticas utilizadas durante o trabalho de parto e parto e a expectativa de uma experiência positiva no parto e nascimento tornaram-se temas de destaque no contexto nacional e mundial (ALMEIDA, et al., 2018; WHO, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de adequação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em maternidades do estado de Minas Gerais no âmbito da Rede Cegonha.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar as maternidades da Rede Cegonha no estado de Minas Gerais;
- b) Construir o modelo lógico das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento da Rede Cegonha em Minas Gerais;
- c) Classificar o grau de adequação das Boas Práticas na Atenção Parto e Nascimento em maternidades do estado de Minas Gerais no âmbito da Rede Cegonha.

3 JUSTIFICATIVA

Embora resultados positivos fossem observados nos últimos anos nas maternidades, não se pode afirmar que as boas práticas no parto e nascimento estão consolidadas nos cenários de parto brasileiros. O contexto materno infantil no país ainda indica que existem problemas a serem superados (LEAL et al., 2014).

Assim, avaliar as Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento nas maternidades significa analisar indicadores relevantes na redução da mortalidade materna e neonatal, pois envolvem questões imprescindíveis como o cumprimento de legislações governamentais, formação de equipes multidisciplinares, cumprimento de protocolos e diretrizes clínicas, sobretudo, o uso de evidências científicas atualizadas na assistência à saúde materno infantil.

Cabe ressaltar, que desde a década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem estimulado a redução de práticas desnecessárias no parto por meio de documentos indutores de boas práticas nas mulheres e recém-nascidos e, ainda assim, estudos tem evidenciado um distanciamento entre as recomendações e a utilização de práticas benéficas no parto no cotidiano das maternidades brasileiras nos setores público e privado. (LEAL et al., 2014; LEAL et al., 2019).

Neste sentido, a avaliação em saúde tem assumido papel cada vez mais importante na estratégia de enfrentamento e resolução dos problemas de saúde em todo o mundo. Ela ajuda a (re) direcionar as ações e atividades e ainda envolve os participantes em diversas fases do processo. Portanto, auxilia na tomada de decisões direcionadas às ações e às atividades realizadas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A partir da análise do grau de adequação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nos hospitais, ações importantes de planejamento podem ser subsidiadas aos gestores no sentido de garantir o direito a mulheres e recém-nascidos o acesso a práticas obstétricas recomendadas pelas melhores evidências científicas disponíveis no mundo e que trazem bons resultados perinatais, satisfação das mulheres e família e com uso de tecnologias de baixo custo. Além disso, contribuir com os compromissos internacionais assumidos pelo governo brasileiro na redução da mortalidade materna e infantil para a agenda de 2030.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ESTRATÉGIA NACIONAL DA REDE CEGONHA

No Brasil, até o início da década de 1980, as políticas públicas voltadas para as mulheres se dirigiam apenas ao ciclo gravídico-puerperal e toda atenção à saúde era ligada à gestação, parto e amamentação, uma política reducionista fruto de uma sociedade patriarcal e machista daquela época, o chamado materno-infantilismo (DINIZ; d'OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

A luta do movimento feminista, insatisfeito com os programas que não atendiam as necessidades globais das mulheres, foi fundamental para a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) em 1984.

Este programa se tornou um referencial histórico por considerar a integralidade no cuidado às mulheres e a garantia de direitos sexuais e reprodutivos, além de ser a única política temática a nascer em uma lógica de universalidade, equidade e descentralização; princípios que influenciaram a criação do Sistema Único de Saúde, embora ainda tivesse desafios de uma política com características verticalizadas (RATTNER, 2014).

Desde então, diversas iniciativas buscaram consolidar as ações de melhorias na saúde materno infantil. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) buscando melhorar a qualidade da assistência pré-natal e reduzir as práticas desnecessárias no parto (CASSIANO, et al., 2014)

Em 2004 foi implementada a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM), que reforçava uma agenda de ações necessárias à saúde das mulheres brasileiras e o compromisso com agendas nacionais e internacionais como a garantia de direitos sexuais e reprodutivos, a redução da mortalidade materna, atenção ao climatério, qualificação da atenção ao câncer de mama e colo uterino e dava visibilidade a questões de gênero (CASSIANO, et al., 2014).

Neste contexto de avanços das políticas públicas e ampliação dos programas de saúde, foi lançada em 2011 a estratégia Rede Cegonha. Esta rede trata-se de uma iniciativa do governo federal, normatizada pela Portaria n.1459 de 14 de Junho de 2011(BRASIL, 2011a). Esta medida se fez necessária uma vez que, embora o país tivesse reduzido consideravelmente, o número de óbitos evitáveis de mulheres e crianças desde a década de 1990, ainda mantinha indicadores aquém da assistência ofertada, quando comparado a países desenvolvidos (LEAL et al., 2014)

Portanto, uma política estruturada e ambiciosa foi necessária para se conseguir cumprir os compromissos globais assumidos com outros países das Nações Unidas na Cúpula do Milênio, em 2000, especialmente as metas quatro: reduzir a mortalidade infantil e cinco: melhorar a saúde das gestantes, que tratam diretamente da melhoria da saúde materna e infantil (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha propõe uma rede de cuidados que garanta um atendimento de qualidade e respeito às mulheres desde o planejamento reprodutivo, com foco no acesso e qualidade do pré-natal, mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento pautadas na humanização e inclusão de equipes multiprofissionais, acompanhamento das crianças até dois anos de vida, além de um sistema logístico de apoio ao transporte das gestantes (BRASIL, 2011a; RATTNER, 2014).

Contudo, o surgimento da Rede Cegonha provocou severas críticas dos movimentos sociais de mulheres, que afirmaram que temas importantes como a discriminação do aborto e discussões de gênero foram excluídas da temática feminista. E que mais uma vez as políticas públicas para as mulheres se reduziram ao ciclo gravídico-puerperal, embora tenha se reconhecido a urgência na necessidade de mudanças no modelo obstétrico brasileiro (CARNEIRO, 2013)

Os principais objetivos dessa rede se pautaram em provocar uma mudança do modelo obstétrico vigente, marcado por um excesso de intervenções desnecessárias no parto e uma das maiores taxas de cesarianas do mundo. Além de organizar uma rede de atenção à mulheres e recém-nascidos com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade, dando fim à peregrinação e todos os riscos que ela oferece à mãe e ao bebê durante a gestação. Reduzindo assim as mortes maternas evitáveis e a mortalidade infantil, especialmente o componente neonatal (LEAL et al., 2014; TORRES et al, 2018).

Neste intuito, a Rede se estruturou em quatro componentes: I. Pré-natal; II. Parto e Nascimento; III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV. Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação e foi pensada como uma linha de cuidados materno infantis contínuos de atenção à saúde das mulheres e recém-nascidos. Desta maneira elas poderiam ser acolhidas e classificadas de acordo com seu risco obstétrico e vulnerabilidades sociais em suas unidades básicas de saúde. Após, seriam vinculadas adequadamente às maternidades de referência, garantindo acesso ao nível adequado de complexidade e em momento oportuno seriam transportadas de forma segura para os locais de parto. Ainda, espera-se que sejam respeitados

seus direitos e escolhas durante o trabalho de parto, além de utilizadas as boas práticas obstétricas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2011a).

Outra perspectiva é as que as mulheres de baixo risco obstétrico possam ser assistidas por enfermeiras obstétricas ou obstetizas, medida que reduziria o intervencionismo e a hipermedicalização no parto. O cuidado inclui a assistência ao puerpério e o acompanhamento da criança nos primeiros anos de vidas (BRASIL, 2011a; LANSKY et al., 2014).

Cabe destacar que a Rede Cegonha foi operacionalizada de forma gradativa pelo Ministério da Saúde, estados e municípios e caracterizada por fases (BRASIL, 2011a).

Fase 1: Adesão e Diagnóstico: que consiste na apresentação da proposta aos gestores, com definição das regiões prioritárias e criação dos grupos condutores estaduais que fariam o acompanhamento e monitoramento da implantação nas regiões do estado e municípios;

Fase 2: Análise da situação de saúde da mulher e criança no estado e a elaboração da proposta do Plano de Ação Regional por meio de um instrumento norteador na superação dos desafios da regionalização. Esta fase também foi marcada pelo estímulo aos Fóruns Perinatais, dentre eles, cita-se a experiência vivenciada pela Comissão Perinatal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Neste, foi criado um espaço heterogêneo, com diversas entidades de classes, gestores de maternidades, movimentos sociais, unidos na articulação de processos para a melhoria da saúde das mulheres e crianças;

Fase 3: Contratualização dos pontos de atenção: onde foram definidas as responsabilidades dos serviços em cada componente da rede e criação dos Grupos Condutores Municipais;

Fase 4: Qualificação dos Componentes: onde foi estimulado colocar em prática as ações definidas em cada componente e

Fase 5: onde é realizada a certificação anual pelo Ministério da Saúde pelas ações realizadas. Assim, o processo de monitoramento e avaliação se dá de forma transversal à implantação da estratégia, demonstrando sua indissociabilidade ao planejamento das ações.

Uma das peculiaridades da Rede Cegonha foi associar a liberação de recursos de custeio à contratualização de metas que deveriam ser cumpridas pelos estados e municípios e que foram estabelecidas através dos contratos de gestão e dos planos de ação. Portanto, o financiamento se dá por repasse de recursos federais, estaduais e municipais para a ampliação de novos exames de pré-natal; adequação de ambiência de locais que realizam partos, reforma e ampliação de

maternidades, construção de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e compra de equipamentos e ampliação de leitos de UTI adulto e neonatal (BRASIL, 2011a).

Esta Rede incorporou também as ações já vivenciadas em outras experiências, como exemplo, a estratégia do apoio intitucional utilizado no Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e da Amazônia Legal (PQM) criado em 2009. O apoiador era um ator próximo aos serviços, e era um agente de referência para o Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Criavam-se espaços plurais e de aproximação entre gestores e trabalhadores para discutirem juntos os desafios da qualificação da assistência obstétrica e neonatal. Portanto, era capaz de discutir as ações de trabalho e provocar os deslocamentos necessários, tão importantes para a mudança do modelo obstétrico hegemônico e incentivar a corresponsabilização dos trabalhadores e gestores na transformação dos processos de gestão e cuidado (ANDRADE e FERREIRA, 2014).

Por fim, cabe ressaltar que a Rede Cegonha é a política pública materno-infantil vigente ainda no Brasil e se mantém como na lógica de sua concepção. Ou seja, uma proposta a fazer mais, melhor e diferente para as mulheres e crianças brasileiras.

4.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS

O estado de Minas Gerais tem dimensões continentais com uma área territorial de 586.521,121 Km². É composto por 853 municípios, uma população estimada de 21.040.662 habitantes em 2018 e é dividido em quatorze macrorregiões de saúde, sendo elas: Centro, Centro-Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Vale do Aço; com desigualdades sociais e econômicas e diferentes necessidades de saúde (IBGE, 2018).

A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria MS/SAS n.1459 de 24 de Junho de 2011 e se estruturou à partir da criação dos planos de ação regionais e municipais, legitimados pela Portaria MS/SAS n. 650 de 05 de Outubro de 2011 (BRASIL, 2011a).

Em Minas Gerais, foi implantada em seis macrorregiões de saúde prioritárias: Norte, Centro, Jequitinhonha, Leste, Vale do Aço e Nordeste (BRASIL, 2011b).

Os critérios para priorização das regiões descritas foram definidos através da Deliberação CIB-SUS/MG n.896/2011 de acordo com indicadores de mortalidade materna e infantil e as recomendações já apontadas pelo Programa Estadual de Saúde da Mulher Viva Vida.

No mesmo ano, a primeira etapa do Plano de Ação da Rede Cegonha e alocação de recursos financeiros para sua implementação no estado foi aprovada pela Portaria Ministerial Nº 3062 de 21 de Dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b) e no ano seguinte, novos recursos foram deferidos através da segunda etapa do planejamento, por meio da Portaria MS/SAS Nº 1228 de 13 de Junho de 2012 (BRASIL, 2012).

Considerando os planos de ação aprovados pelo Ministério da Saúde e as deliberações da Comissão Intergestora Bipartite – CIB/SUS/MG, o Secretário de Estado de Saúde, por meio da Resolução 3526 de 27 de Novembro de 2012 aprovou o repasse de recursos financeiros federais do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha aos prestadores das regiões contempladas com o programa, entretanto, recursos estaduais também seriam custeados a estas regiões (MINAS GERAIS, 2012).

Foi criado também um Grupo Condutor da Rede Cegonha no estado de Minas Gerais, formado por membros da CIB, SES-MG e representantes do Ministério da Saúde. Este seria um espaço colegiado para discussão, planejamento e acompanhamento das ações nas cinco regiões implantadas (MINAS GERAIS, 2012).

Para qualificar os processos de atenção às regiões atendidas pelo programa, o repasse foi vinculado ao cumprimento de metas e melhorias nos indicadores perinatais, monitorados quadrimestralmente pelo Sistema de Gerenciamento de Indicadores, compromissos e metas (GEICOM). Sabe-se que inicialmente os indicadores propostos nesta portaria foram indicadores criados a partir da proporção de gestantes com acompanhante de livre escolha durante a internação para o parto e a atuação dos Comitês Hospitalares de óbito fetal, materno e infantil (MINAS GERAIS, 2012).

Em relação ao Componente Parto e Nascimento, os recursos de custeios federais seriam de 100% para Centros de Parto Normal (CPN), Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e Unidades de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) e de 80% para ampliação e qualificação de leitos de UTI adulto e neonatal e leitos de Gestação de Alto Risco (GAR), além da compra de equipamentos, reforma e ampliação de serviços (BRASIL, 2011a).

Em 2013, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG n.1681 de 10 de Dezembro de 2013 foi aprovado o plano de expansão da Rede Cegonha para as seguintes regiões do estado: Noroeste, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Oeste, Sul, Centro Sul, Sudeste e Leste do Sul. Desta maneira, foi alcançado todas as regiões de saúde de Minas Gerais. Em 2016 foram publicadas portarias de aprovação de planos de ação regionais referentes às etapas três, quatro e cinco do componente parto e nascimento de outras regiões ampliadas de saúde do estado (BRASIL, 2016).

Em Minas Gerais, assim como no Brasil, de uma forma geral, a meta dos Objetivos do Milênio em reduzir a mortalidade materna para 35 mortes/100.000 nascidos vivos não foi alcançada (41/100.000 nascidos vivos) em 2015, apesar de se identificar uma tendência à queda nessa razão (COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL, 2019).

Os últimos indicadores do estado disponíveis referentes ao ano de 2016 ainda apontam para a necessidade de esforços na melhoria da saúde materna e infantil. O cenário ainda descreve elevada razão de mortalidade materna (34,3/100.000 nascidos vivos) e apesar de redução significativa na mortalidade neonatal (7,95/1000 nascidos), têm desigualdades regionais importantes com taxas de óbitos expressas em dois dígitos, como as regiões Norte e Nordeste; ademais, o parto cesáreo tem números (44,76%) muito acima daqueles recomendados pela Organização Mundial da Saúde (COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL, 2019).

Desta forma, em 2018, o IPEA publicou a proposta de adequação das metas globais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável à realidade brasileira. Estas metas sinalizam o compromisso brasileiro de até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para, no máximo, 30 mortes por 100.000 nascidos vivos; reduzir a mortalidade neonatal para, no máximo, 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, no máximo, 8 por mil nascidos vivos (IPEA, 2018).

4.3 COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO: CENÁRIO ATUAL E DESAFIOS

A assistência ao parto e nascimento vem sofrendo grandes transformações nas últimas décadas em todo o mundo. No Brasil, o contexto não é diferente, ainda que exista uma supervalorização dos hospitais com partos assistidos por profissionais capacitados e elevadas

taxas de cobertura de pré-natal, há um cenário marcado pelo excesso de medicalização e intervenções desnecessárias, altas taxas de cesarianas em gestantes de baixo risco, mortes maternas por causas obstétricas diretas e óbitos fetais e neonatais evitáveis (VICTORA et al., 2011; LEAL et al.; 2014; VIELLAS et al., 2014).

Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde e o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, entre outras entidades, reconheceram a necessidade de revisar as práticas que deveriam ser recomendadas ou não na assistência ao parto baseando-se em evidências científicas de todo o mundo, posteriormente ratificadas pela OMS em 1996 (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Dessa forma, foi publicado o guia de Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento, que orientava a assistência ao parto segundo quatro categorias: aquelas comprovadamente eficazes e que devem ser estimuladas no trabalho de parto e parto por todos os profissionais; aquelas prejudiciais e inadequadas, portanto, necessitam ser eliminadas dos locais de parto; práticas sem evidências suficientes para sustentar uma assistência obstétrica segura, até que novas pesquisas fossem realizadas e por fim, não recomendar práticas utilizadas de forma inapropriada (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Um estudo nacional realizado, em 2011 e 2012, com puérperas de risco obstétrico habitual evidenciou que apenas metade das mulheres haviam sido submetidas a alguma prática demonstradamente útil durante o trabalho de parto e parto e aproximadamente 30% utilizou métodos não farmacológicos de alívio da dor. Além disso, 92% tiveram seus filhos em posições litotômicas; 37% violentadas com práticas não recomendadas (como a manobra de Kristeller), 56% submetidas à episiotomia e 40% sem registro de acompanhamento do trabalho de parto através do uso do partograma (LEAL, et al., 2014). Outro estudo, da Fundação Perseu Abramo, conduzido em 2010, já revelava dados de que uma em cada quatro mulheres sofria violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto no Brasil; mostrando um descompasso entre a ciência e a prática (GOMES; SORJ, 2014)

Nesse sentido, a Rede Cegonha envidou esforços no componente Parto e Nascimento, compreendendo que cuidados nesse período do ciclo gravídico-puerperal incidem diretamente na melhoria dos indicadores perinatais e na morte materna, sobretudo, por meio de investimentos de baixo custo, como exemplo a utilização de práticas científicas avançadas e a gestão do cuidado (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010; LANSKY, 2010).

O Componente Parto e Nascimento se traduz por meio das seguintes diretrizes (BRASIL, 2011a):

(a) incorporação e fortalecimento de práticas baseadas em evidências científicas, com base no documento criado pela Organização Mundial de Saúde em 1996 sobre Boas Práticas na Atenção ao Parto e nascimento;

(b) garantia de acompanhante de livre escolha durante toda a internação obstétrica;

(c) acolhimento e classificação de risco em obstetrícia e neonatologia com garantia de atendimento no primeiro serviço procurado, evitando peregrinações, além de atendimento por priorização clínico-obstétrica;

(d) adequação da ambiência dos serviços que atendem partos de acordo com a RDC n 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com destaque para a reforma e ampliação das maternidades, sobretudo a criação de Centros de Parto Normal (CPN) e leitos de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP);

(e) criação de colegiados gestores nas maternidades, tendo em vista a participação de trabalhadores e usuárias do SUS;

(f) implementação de equipes horizontais e suficiência de leitos obstétricos e neonatais.

Ainda com foco no Componente Parto e Nascimento, a Rede Cegonha investe em dispositivos catalisadores de boas práticas como a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto de baixo risco, em consonância com experiências positivas de modelos liderados por *midwives* em países desenvolvidos como a Inglaterra, Holanda e Nova Zelândia (SANDALL et al., 2016; GRIGG et al., 2017).

Além disso, estimula a criação de Centros de Parto Normal intra e peri-hospitalar, gerenciados por enfermeiras obstétricas e exclusivos para gestantes de baixo risco; com ambiência acolhedora e se assemelhando ao seu domicílio. Nestes espaços, o foco está no protagonismo da mulher e no cuidado humanizado ao parto e nascimento (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015).

Pensando nas gestantes de alto risco obstétrico e nos vazios assistenciais da rede perinatal brasileira, a Rede propõe então um modelo de acompanhamento de gestantes e bebês de risco que precisam de uma atenção especializada mais próxima, porém, sem necessidade de internação hospitalar, as chamadas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). Essas casas devem estar

vinculadas a uma maternidade de alto risco que monitore regularmente a mulher e recém-nascido (BRASIL, 2013).

Ainda que as políticas públicas governamentais tenham avançado em direção à melhoria da qualidade da saúde materno infantil; mulheres e bebês continuam morrendo por não receberem cuidados adequados no momento do parto (LEAL et al., 2015) e assuntos importantes como o abortamento seguro e a saúde de mulheres transgênero continuam em segundo plano nos programas nacionais. Assim, novas agendas internacionais foram repactuadas para acelerar a redução das mortes maternas e melhorar a sobrevivência das crianças, sobretudo, melhorar os cuidados nos primeiros trinta dias de vida (CARNEIRO, 2013; NU, 2015).

O fortalecimento da educação obstétrica com padrões internacionais de qualidade, fundamentado nas boas práticas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto, continuam sendo estratégias desafiadoras, reforçando a necessidade de investimentos nos processos de atenção, gestão, formação e monitoramento das maternidades (WHO, 2019).

4.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde tem sido bastante estudada e debatida no cenário mundial e passa a encontrar lugar de destaque também no Brasil com o avanço das políticas públicas governamentais e conseqüente necessidade de avaliação do êxito na implantação dos programas. Além disso, é um instrumento de fortalecimento do SUS quando incorporada rotineiramente nos serviços em seus diferentes níveis de planejamento, desde a avaliação de saúde da população, dos serviços implantados ou em funcionamento e dos resultados das ações propostas (SILVA, 2005).

A complexidade e multifatorialidade dos problemas que envolvem o campo da saúde em busca de serviços eficazes, eficientes e efetivos e que atendam as necessidades da população e alcance os objetivos traçados pelos programas não é tarefa simples. Diante disso, a avaliação torna-se um importante dispositivo de apoio na tomada de decisão dos gestores e orientação de suas escolhas na esfera dos investimentos e futuras ações em saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Após a Segunda Guerra Mundial e a ascensão do capitalismo nos países desenvolvidos, as técnicas de avaliação foram aprimoradas, se tornando cada vez mais frequentes na avaliação de programas sociais, à medida que aumentavam os investimentos públicos no bem-estar social.

Assim, começa a ser utilizada como mecanismo de eficiência no emprego de recursos financeiros e de qualidade das ações, assumindo um papel transdisciplinar como apoio a várias outras áreas de conhecimento (MINAYO, 2005).

Diversas são as definições teórico-metodológicas sobre o significado da avaliação. Dessa forma, diferentes autores afirmam que cada um constroi a sua. No entanto, elas se convergem para um modelo conceitual de que avaliar é um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito a respeito de uma intervenção, para subsidiar a tomada de decisão, o que significa produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna (BROUSELLE *et al.*, 2011; HARTZ; SILVA, 2005; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Neste sentido, cabe diferenciar as ações de monitoramento da avaliação em saúde, onde o primeiro se restringe ao registro de informações, criação de fonte de dados e acompanhamento. Tais informações contribuem no processo avaliativo, onde existirá o julgamento de valor com contribuições para a tomada de decisões (SILVA, 2005).

Assim, uma intervenção pode passar por duas formas de avaliação. Aquela que busca estudar os componentes da intervenção comparando-os a normas e critérios é denominada de avaliação normativa. De outra forma, aquela que busca explicar as relações entre os componentes através de um procedimento científico é chamada de pesquisa avaliativa (BROUSELLE *et al.*, 2011).

Rossi e Feeman (2004 apud SILVA, 2005) definem a pesquisa avaliativa como a sistematização de procedimentos provenientes das pesquisas em ciências sociais para avaliar programas de intervenções. Entretanto, Brousselle (2011), considera como um simples julgamento de uma intervenção ou de seus elementos como subsídio na tomada de decisões.

Para Penna Firme (2003 apud MINAYO, 2005), a avaliação deve seguir quatro dimensões: utilidade, viabilidade, ética e precisão técnica. Sendo assim, gestores e trabalhadores devem utilizar a avaliação como um instrumento de planejamento em sua prática cotidiana e assim definir rumos, prioridades, mudar direções com foco em interesses coletivos.

Ainda discutindo conceitos, autores classificam a avaliação em duas abordagens dicotômicas: avaliação somativa: aquela realizada após o término de uma intervenção ou programa com finalidades de prestação de contas. E ainda, avaliação formativa: desenvolvida durante a implantação da intervenção e tem caráter de suporte nos processos de implementação de

programas. Logo, para aplicar este tipo de avaliação é necessário conhecer a teoria e o desenho do programa para seu aprimoramento (FIGUEIRÓ, 2010).

A teoria do programa, também chamada de modelo teórico ou teórico-lógico pode ser definida como um objeto-modelo que sintetiza de forma esquemática os elementos da intervenção que foram feitos para alcançar os objetivos desejados. Funciona como um guia do projeto e é capaz de antecipar riscos e calcular impactos. O modelo teórico-lógico se expressa por meio de um desenho esquemático que decompõe os componentes do programa, suas diferentes maneiras de operacionalizá-lo e os resultados esperados. Ademais, o desenho do modelo lógico é o primeiro passo para o planejamento da avaliação (MEDINA *et al.*, 2010).

Para Donabedian (1980), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é entendida a partir de três conceitos fundamentais: estrutura, processos e resultados; que se interagem entre si e são essenciais na produção da qualidade da assistência, tendo como sete pilares fundamentais a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A estrutura são todos os recursos necessários à organização dos serviços, como por exemplo, área física, recursos humanos, equipamentos, materiais e insumos, normas, protocolos, dentre outras. O processo são as atividades desenvolvidas e diz respeito diretamente ao funcionamento dos serviços para a obtenção dos resultados. O resultado representa os efeitos da assistência realizada utilizando os elementos da estrutura e de processos na saúde da população.

Dessa forma, para a análise do grau de conformidade ou grau de adequação de uma intervenção/programa, faz-se necessário a utilização da avaliação normativa para comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos) e os resultados obtidos, com critérios e normas estabelecidos (DONABEDIAN, 1980).

A avaliação da estrutura busca compreender se os recursos são empregados adequadamente para atingir os resultados conforme esperado. Embora, isoladamente, condições adequadas de estrutura não garantam um serviço de qualidade. A avaliação do processo busca saber se os serviços estão funcionando de forma adequada para atingir os resultados. A avaliação de processos, pode ainda, ser dividida em três dimensões: dimensão técnica que avalia a adequação dos serviços de acordo com as necessidades dos clientes; dimensão das relações interpessoais que diz respeito à satisfação do cliente por meio da cortesia de quem produz o cuidado e por último; a dimensão organizacional que trata-se da cobertura e integralidade do

cuidado. A avaliação de resultados é aquela baseada na correspondência dos resultados esperados pela intervenção comparando-os aos resultados observados (SILVA, 2005).

Diante do exposto, a análise de implantação busca medir a influência da variação do grau de implantação em diferentes contextos e identificar os fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução da intervenção indo além da parametrização de indicadores (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

5 MÉTODO

5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA NACIONAL

Este trabalho é um derivado de um projeto nacional intitulado de “Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da Rede Cegonha” coordenado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) Rio de Janeiro.

O estudo nacional avaliou 606 maternidades no Brasil. Foram avaliadas 91 maternidades na região Norte, 181 na região Nordeste, 226 na região Sudeste, 83 na região Sul e 45 na região Centro Oeste. Fizeram parte do estudo todos os hospitais públicos ou mistos (privados conveniados ao SUS) que em 2015, preenchiam os seguintes critérios de inclusão: 500 ou mais partos/ano e com plano de ação da Rede Cegonha, independente da liberação de recursos ou menos de 500 partos/ano, com plano de ação da Rede Cegonha e liberação de recursos e aqueles que não realizaram partos, mas com liberação de recursos.

Foi empregada a técnica de Estimativa Rápida Participativa (CARNEIRO et al., 2012), recomendada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). A técnica consiste em uma abordagem simples e rápida para se obter informações que reflitam as condições locais, à partir da ótica dos diferentes atores sociais envolvidos com os problemas. O método, ao se apoiar no planejamento participativo, concilia o conhecimento teórico com o saber prático, de modo a facilitar ao gestor desenvolver o planejamento local em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço.

A ERP trabalha com três fontes de dados: entrevista com informante-chave; observação de campo e análise de documentos (CARNEIRO et al., 2012).

Diante da complexidade do tema, várias dimensões da assistência ao parto e nascimento foram avaliadas: acesso e qualidade dos serviços, modelo de gestão e gestão do cuidado, acolhimento, resolubilidade e incorporação das boas práticas no parto e nascimento; este último, que é o propósito do recorte desta dissertação. Para tanto, várias estratégias foram utilizadas para dar maior rigor metodológico ao processo de avaliação, permitindo uma análise à partir de diversos pontos de vista, aproximando-se da realidade dos serviços de saúde do país.

Assim, foi construída com base nas cinco diretrizes do componente parto e nascimento da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a):

- a) Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia;
- b) Boas práticas na atenção ao parto e nascimento;
- c) Monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal;
- d) Gestão participativa e compartilhada;
- e) Ambiência.

Como o escopo desta dissertação limita-se a avaliar as Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da Rede Cegonha no estado de Minas Gerais, foi cedido um banco de dados por meio de uma parceria estabelecida entre o Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del Rei – Campus Centro Oeste e a ENSP/FIOCRUZ.

No estudo primário, todos os estados que fizeram adesão à Rede Cegonha foram convidados a fazerem parte do processo avaliativo.

5.1.1 Instrumentos de pesquisa

Foram construídos cinco instrumentos de coleta de dados em uma parceria entre os pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ e UFMA e as Áreas Técnicas de Saúde das Mulheres e das Crianças do Ministério da Saúde com o objetivo de identificar as atividades desenvolvidas pelas maternidades e os possíveis resultados da Rede Cegonha desde sua implantação. Estes instrumentos foram construídos na forma de questionários e roteiros estruturados de acordo com as cinco diretrizes da Rede Cegonha: acolhimento e classificação de risco em obstetrícia; boas práticas na atenção ao parto e nascimento; monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal, gestão participativa e compartilhada e ambiência.

Para elaboração dos instrumentos de coleta de dados, foram utilizados documentos do Ministério da Saúde tendo como base a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2000), a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), Normas de Boas Práticas ao Parto e Nascimento (OMS, 1996), Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2015) e Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal (BRASIL, 2016).

Os dados foram coletados em formulários eletrônicos em tempo real, especificamente construídos para esta avaliação, na plataforma web – REDCap (Research Electronic Data Capture) utilizando *tablets*. Eram coletados na forma off line e assim que houvesse a possibilidade de estarem na forma on line eram enviados para os supervisores e coordenadores na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Em caso de dúvidas ou falhas no preenchimento, os avaliadores eram contactados para esclarecimentos.

Em cada maternidade foram entrevistados gestores da obstetrícia e neonatologia, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e puérperas. Foram utilizadas como fontes de dados metodológicas para a obtenção de informações: entrevistas estruturadas, análise documental, análise de prontuários e observação direta, conforme descrito a seguir:

As entrevistas com gestores eram realizadas de maneira coletiva, agendadas previamente e tinham objetivo de promover uma análise coletiva do modelo de atenção obstétrica e neonatal. O gestor deveria estar pelo menos há três meses no cargo naquela maternidade. Se o hospital tivesse Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), eram entrevistados quatro profissionais: coordenadores (médico e enfermeira da Obstetrícia e da Neonatologia), ou seja, um médico e uma enfermeira da Ginecologia e Obstetrícia e um médico e uma enfermeira da Neonatologia. Não havendo UTIN, eram entrevistados os coordenadores médicos da obstetrícia e da Pediatria. Se não houvesse enfermeiro coordenador do setor, era entrevistada a enfermeira supervisora.

Já as entrevistas com os profissionais de saúde seguiram as seguintes normas:

a) Em maternidades com mil ou mais partos em 2015, foram entrevistados dez profissionais: dois médicos, dois enfermeiros e um técnico de enfermagem da Obstetrícia e o mesmo número na Neonatologia/Pediatria;

b) Os hospitais com menos de mil partos no mesmo ano, foram entrevistados cinco profissionais: um médico e um enfermeiro da Obstetrícia e o mesmo número na Neonatologia/Pediatria e um técnico de enfermagem escolhido em qualquer uma das clínicas. Os profissionais deveriam ter no mínimo três meses trabalhados naquele hospital.

As puérperas entrevistadas foram aquelas que realizaram seus partos naquele serviço e se encontravam internadas durante o período do trabalho de campo na maternidade.

Para a análise de documentos, os gestores das maternidades receberam previamente a lista de indicadores necessários ao trabalho de campo dos pesquisadores, que em todos os momentos

foram acompanhados por um funcionário indicado pela gestão da maternidade, um técnico da SES, SMS, COSEMS. Foram analisados indicadores de óbito materno, fetal e infantil, taxas de cesariana, episiotomia, disponibilidade de protocolos, normas e rotinas. Foram analisados prontuários com o objetivo de verificar processos de trabalho, gestão do serviço e do cuidado.

Os roteiros de observação tiveram como foco avaliar as condições de infraestrutura, planta física, equipamentos, materiais e insumos das maternidades. Este momento foi sempre acompanhado por um profissional designado pela maternidade, por envolver diretamente questões relacionadas a financiamento.

5.1.2 Trabalho de Campo

Num primeiro momento, cada estado participante selecionou um supervisor e avaliadores para a coleta de dados primários. Foram recrutados profissionais de saúde com experiência de trabalho em maternidades, com disponibilidade de tempo integral e habilidades em comunicação e informática.

Com a finalidade de garantir a padronização das equipes e o bom desenvolvimento do trabalho de campo, foi realizada a capacitação teórica e prática, com carga horária de 40 horas semanais dos supervisores e avaliadores sob a responsabilidade da coordenação regional da avaliação, além de um representante do Ministério da Saúde.

Em Minas Gerais, a equipe foi composta por 12 avaliadores e 1 supervisora com treinamento teórico de três dias na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e dois dias de treinamento teórico-prático nas Maternidades Odete Valadares e Sofia Feldman, com acompanhamento de técnicos da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado.

Antes de chegar em cada maternidade, o gestor era contactado com antecedência e era realizada um roda de conversa onde era pactuada os passos da avaliação e a definição daqueles dias que o grupo de avaliadores passaria naquele serviço.

Foi cedido um espaço privativo, em cada serviço, para que fossem feitas as entrevistas, garantindo o sigilo dos profissionais de saúde. Todos participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal que realizou uma avaliação normativa, baseado no modelo sistêmico, proposto por Donabedian (1980) utilizando um banco de dados da Avaliação Nacional da Rede Cegonha nas dimensões de estrutura (organização e recursos empregados) e processos (serviços ou bens produzidos). Este estudo limitou-se a analisar a adequação das “Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento” do componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha comparando-se os critérios de referência da intervenção com aqueles ofertados na prática pelos serviços.

5.3 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa avaliou as 44 maternidades pertencentes as 5 cinco macrorregiões de saúde prioritárias de Minas Gerais, escolhidas inicialmente para compor o processo de adesão à Rede Cegonha.

Estas regiões ampliadas de saúde foram: Centro, Norte, Leste, Nordeste e Jequitinhonha. Das 44 maternidades 22 estão localizadas na região Centro, 11 na região Norte, 02 na região Leste, 03 no Vale do Aço, 04 na região Nordeste e 02 na região de Jequitinhonha, conforme demonstrado abaixo.

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS MATERNIDADES POR MACRORREGIÕES DE SAÚDE

Região de Saúde	N	%
Capital	7	15,90
Centro	15	34,10
Norte	11	25,00
Vale do Aço	03	6,81
Nordeste	05	9,09
Leste	02	4,55
Jequitinhonha	02	4,55

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

O tipo de gestão era municipal em 30 estabelecimentos, estadual em 2 hospitais e dupla em 12. A grande maioria eram hospitais gerais (40) e apenas 4 especializados. 39 possuíam unidades neonatais. Quanto aos gestores entrevistados, 44 (31,2%) tinham até 50 anos e 97 (68,8%) 50 anos e mais. Em relação ao sexo, 94 (64,4%) eram do sexo feminino e 52 (35,6%) masculino. Quanto aos trabalhadores, 140 (40,6%) eram enfermeiros, 132 (38,3%) eram médicos e 73 (21,2%) técnicos de enfermagem. No tocante às puérperas, 69 (16,8%) tinham de 14 a 19 anos, 290 (70,6%) de 20 a 34 anos, 52 (12,6%) de 35 a 55 anos. A cor da pele foi relatada pelas mulheres com branca por 56 (13,7%), preta 75 (18,4%), parda 266 (65,2%), amarela 10 (2,5), indígena 1 (0,2%). Quanto aos anos de estudo das puérperas, 14 (3,4%) tinham até 5 anos, 133 (32,8%) de 5 a 9 anos e 259 (63,8%) 10 anos e mais (BRASIL, 2018).

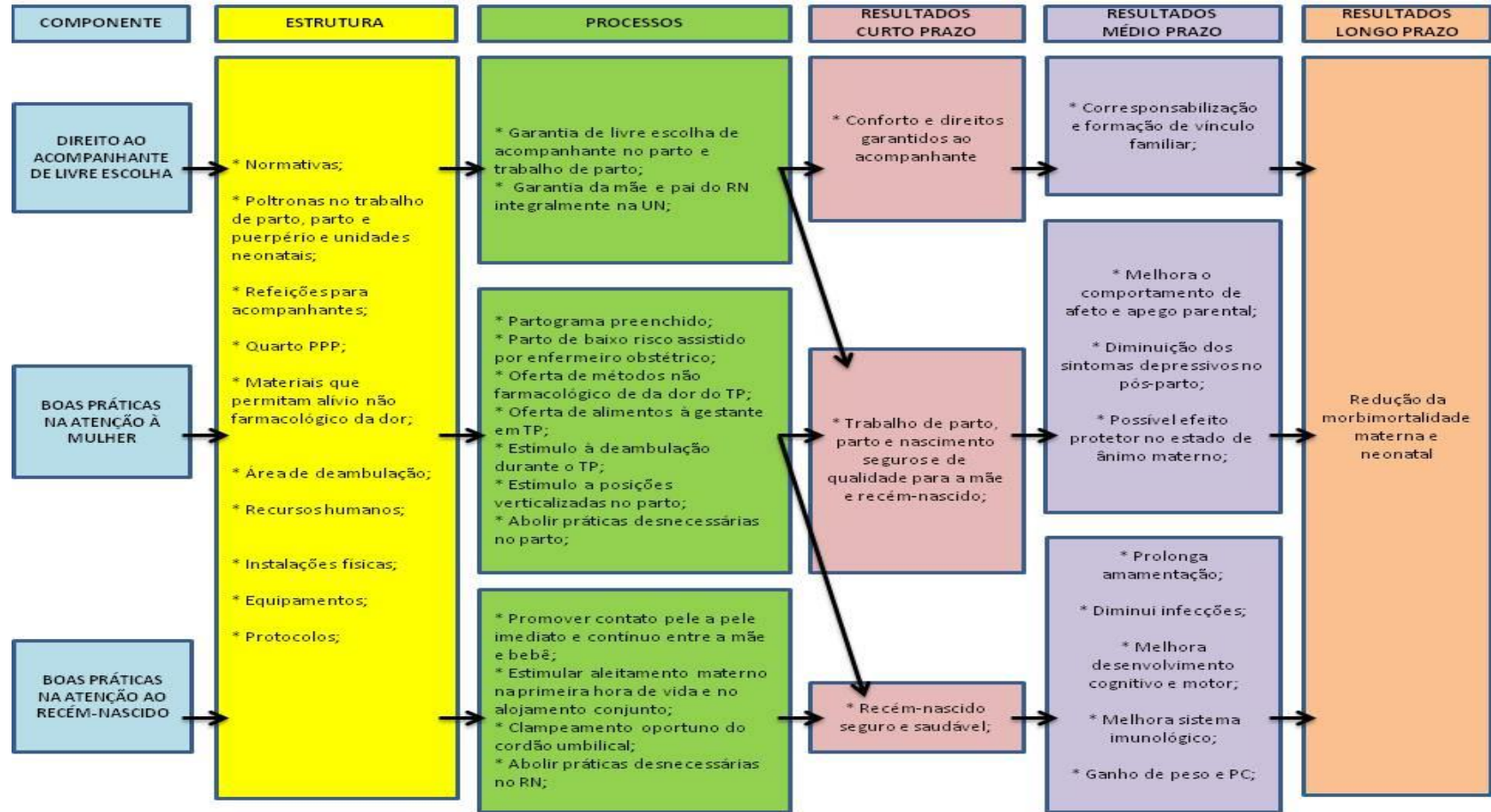
5.3.1 Desenvolvimento do Modelo Lógico das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento e criação da Matriz de Medidas

Para melhor entendimento das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento foi construído seu modelo lógico: uma representação esquemática que expõe como os componentes se articulam por meio de atividades desenvolvidas e recursos disponíveis para alcançar os resultados esperados. O desenho desse modelo é o primeiro passo para o planejamento da avaliação, uma vez que se trata de um esquema visual que expressa o sentido e o funcionamento do programa através da relação entre os recursos, atividades e resultados esperados da intervenção avaliada. O modelo lógico é também uma ótima ferramenta de comunicação que possibilita auxiliar os envolvidos na compreensão e debate dos objetivos do programa (BROUSSELLE et al., 2011).

O Modelo Lógico das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento, representado na FIGURA 2 define três componentes a serem avaliados nesta pesquisa: (1) garantia ao acompanhante de livre escolha, (2) boas práticas na atenção à mulher, (3) boas práticas na atenção ao recém-nascido.

O modelo também subsidiou a construção de uma matriz de medidas que definiu perguntas avaliativas e assim, determinou com clareza para cada critério, a descrição ou método de cálculo, o tipo de abordagem, tipo de dados e técnica de coleta de dados nas dimensões de estrutura e processos da pesquisa avaliativa (QUADRO 2).

FIGURA 1 – MODELO LÓGICO: DIRETRIZ “BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO” DA REDE CEGONHA



QUADRO 2 – MATRIZ DE MEDIDAS

1. ESTRUTURA: Atributos organizacionais: ambiente físico, recursos materiais e humanos					
Perguntas	Critérios	Descrição ou método de cálculo	Tipo de abordagem	Tipo de dados	Técnica de coleta de dados
As instalações físicas são adequadas para garantia do acompanhante de livre escolha?	Existência de espaço físico e poltronas para acompanhantes no TP, parto e puerpério; Garantia de acesso a refeições ao acompanhante; Poltronas nas unidades neonatais	Adequado Inadequado	Quantitativa	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador e gestor) Observação
As instalações físicas e os equipamentos estão adequados aos documentos que normatizam as boas práticas ao parto e nascimento?	Possuir espaços individualizados para o trabalho de parto e parto (quartos PPP);	Inadequado Adequado	Quantitativa	Secundários	Observação
A maternidade possui equipamentos que possibilitem o alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto?	Possuir equipamentos/materiais que proporcionem o alívio não farmacológico da dor (bola de bobath, cavalinho, banqueta de parto, escada de ling, barra, entre outros);	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Observação

Continua

Existem recursos humanos disponíveis para assistência multidisciplinar no trabalho de parto e parto?	Presença de enfermeiras obstétricas em partos de baixo risco.	Somente A= 0 A+ (B e/ou C)= 100% B e/ou C= 0,75	Quantitativa	Secundários	Entrevista (gestor, trabalhador)
Há protocolos de assistência à mulher e ao recém-nascido?	Utilização de protocolos de boas práticas na assistência à mulher e ao recém-nascido;	Adequado Inadequado	Quantitativa	Secundários	Entrevista (gestor, trabalhador)

2. PROCESSO: Gestão técnica e organizacional das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento

Perguntas	Critérios	Descrição ou método de cálculo	Tipo de abordagem	Tipos de dados	Técnica de coleta de dados
A maternidade garante acompanhante de livre escolha durante todo o tempo em que a mulher está internada para o parto?	Garantia de acompanhante de livre escolha integralmente durante a internação obstétrica.	Adequado Inadequado	Quantitativa	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador e gestor)
A maternidade garante informação à mulher sobre o acompanhamento de livre escolha durante a internação?	Material sobre direito ao acompanhante de livre escolha durante a internação obstétrica	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador e gestor)

Continua

É realizado preenchimento do partograma no acompanhamento do trabalho de parto?	Partograma preenchido no prontuário e sua frequência no norteamento de condutas obstétricas	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (trabalhador) Análise de Prontuários
O parto normal de baixo risco é assistido por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes?	Partos normais sem distócias realizados por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes	Somente A= 0 A+ (B e/ou C)= 100% B e/ou C= 0,75	Quantitativo	Secundários	Entrevista (trabalhador e gestor)
A maternidade oferta métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto?	Oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto.	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador e gestor)
A maternidade oferta alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto?	Oferta de alimentos líquidos/sólidos à parturiente durante o trabalho de parto.	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera) Análise de Prontuários
Há estímulo à deambulação da gestante no trabalho de parto?	Deambulação da gestante durante o trabalho de parto.	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador e gestor)
Há estímulo a posições não supinas para a gestante no parto?	Estímulo de nascimentos em posições não supinas	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador e gestor)

Continua

A maternidade estimula a abolição de práticas desnecessárias na mulher no trabalho de parto e parto?	Abolição do uso rotineiro de práticas como episiotomia, aminiotomia, venóclise e ocitocina; Abolir a prática de Kristeller;	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador, gestor) Análise de Prontuários
A prática de contato pele a pele entre a mãe e bebê é realizada?	Contato pele a pele contínuo entre a mãe e o bebê com boa vitalidade após o parto.	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera e trabalhador)
A maternidade estimula o aleitamento materno na primeira hora de vida e no alojamento conjunto?	Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o bebê com boa vitalidade e no alojamento conjunto	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador e gestor)
A maternidade estimula o clampeamento do cordão umbilical quando parar de pulsar no recém-nascido com boa vitalidade?	Clampeamento do cordão umbilical quando parar de pulsar no recém-nascido com boa vitalidade	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (trabalhador e gestor)
A maternidade estimula práticas de neuroproteção na unidade neonatal?	Rotinas de manipulação do bebê e respeito às normas de ruído e luminosidade	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (trabalhador e gestor)

Continua

A maternidade estimula a abolição práticas desnecessárias no recém-nascido?	Aspiração de vias aéreas do recém-nascido; Separação da mãe e bebê na primeira hora de vida	Adequado Inadequado	Quantitativo	Secundários	Entrevista (puérpera, trabalhador, gestor) Análise de Prontuários
---	--	------------------------	--------------	-------------	--

Conclusão

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

5.4 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada uma análise descritiva dos componentes e critérios da matriz de análise e julgamento com cálculo das distribuições de frequências relativas e absolutas nas dimensões de estrutura e processo.

Para avaliar o grau de adequação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento foi construída uma Matriz de Análise e Julgamento que possui um sistema de escores com pesos diferenciados que foram arbitrados e consensuados por um grupo de profissionais: duas médicas obstetras que tiveram participação na avaliação nacional e três enfermeiras obstétricas. A discussão com as enfermeiras se deu por meio de uma reunião presencial e com as obstetras o questionário foi enviado por e-mail e as discussões realizadas de forma virtual.

Os pesos foram atribuídos utilizando o referencial teórico de *prioridade, utilidade, importância* e *viabilidade* para cada pergunta avaliativa e sua respectiva fonte de dados, em uma matriz denominada seleção de perguntas avaliativas. Além disso, a arbitragem considerou a relevância da pergunta no desenvolvimento da assistência ao parto e nascimento de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

O Grau de Adequação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento foi estimado com base na matriz de análise e julgamento, constituída por critérios elencados nas dimensões da estrutura e processo de cada componente. Nesta matriz, foi considerada para a estrutura do componente direito ao acompanhante de livre escolha: se havia poltrona para o acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério; acesso a refeições diárias e poltronas nas unidades neonatais.

No componente boas práticas na atenção à mulher, foi avaliado se havia: conforto e privacidade assegurados no ambiente de trabalho de parto e parto, especialmente por meio de quartos PPP, equipamentos que possibilitem o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, recursos humanos multidisciplinares e protocolos clínicos para condução do trabalho de parto e parto segundo as melhores diretrizes clínicas e evidências científicas disponíveis. Já no componente boas práticas no recém-nascido, foi analisado a existência de protocolos clínicos de atenção ao recém-nascido.

Na dimensão do processo, os critérios também foram avaliados de acordo com cada componente. No componente de direito ao acompanhante de livre escolha, buscou-se identificar a garantia do acompanhante durante toda a internação obstétrica.

No componente boas práticas na atenção à mulher foram pesquisadas informações sobre: o uso do partograma no acompanhamento da evolução do trabalho de parto e sua utilização como instrumento de tomada de decisões clínicas, oferta de alimentos durante o trabalho de parto, estímulo à deambulação da parturiente, posições verticalizadas no parto, monitoramento no terceiro estágio do parto, práticas desnecessárias no trabalho de parto e parto, quando utilizadas de rotina (episiotomia, amniotomia, ocitocina, venóclise) e manobra de kristeller. No componente boas práticas na atenção ao recém-nascido, procurou-se identificar a realização de práticas como: o contato pele a pele imediatamente após o nascimento, amamentação na primeira hora de vida e no alojamento conjunto, clampeamento oportuno do cordão umbilical, respeito a rotinas de manipulação do bebê nas unidades neonatais como medidas de neuroproteção e a abolição de práticas como a aspiração de vias aéreas do recém-nascido em boas condições.

O total de pontos foi definido em **90** pontos máximos. Foi pactuada a pontuação máxima de **28** pontos para a dimensão estrutura e **62** pontos para a dimensão de processo.

Dessa forma, o componente direito ao acompanhante de livre escolha foi responsável por **13** pontos da avaliação, enquanto boas práticas na atenção à mulher representaram **51** pontos e sendo **26** pontos para boas práticas na atenção ao recém-nascido (Quadro 3).

A seguir, procedeu-se a construção dos escores para o grau de adequação. Para cada critério foram determinados os valores observados (Σ dos pontos dos indicadores) e, em seguida, calculado o grau de adequação em termos percentuais (Σ observados/ Σ das pontuações máximas possíveis \times 100) para cada componente e, posteriormente, realizou-se a somatória dos componentes para o cálculo do grau de adequação total.

QUADRO 3 – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO

DIMENSÃO ESTRUTURA (28 pontos)					
Componentes	Critérios	Parâmetros	Tipos de Dados	Fonte de Dados	Pontuação máxima
Direito ao acompanhante de livre escolha	Existência de poltronas para o acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério. Opção A= Não Opção B= Sim	Adequado= B Inadequado=A	Secundários	Observação	3
	Existência de refeições para o acompanhante. Opção A: Não ofereceu. Opção B: Sim, o café da manhã. Opção C: Sim, o almoço. esta opção. Opção E: Sim, o jantar.	Adequado: B+C+E (100% do ponto) Parcialmente: 2 opções (75% do ponto); 1 opção (50% do ponto) Inadequado: A	Secundários	Puérpera	3
	Poltronas para acompanhantes na Unidade Neonatal (UTIN, UCINCo, UCINCa)	Inadequado: não Adequado: sim	Secundários	Observação	3
	Existência de conforto e privacidade assegurados no ambiente de trabalho de parto e parto (PPP) PPP (CPN) PPP (CO)	Presença de PPP 4 pontos para quem tiver pelo menos um leito nessa situação 0 para quem não tiver nenhum	Secundários	Observação	4
	Existência de equipamentos que possibilitem o alívio não farmacológico da dor no trabalho de	Adequado= pelo menos 1 equipamentos,	Secundários	Observação	4

Boas práticas na atenção à mulher	parto. OPÇÃO A: Não possui OPÇÃO B: Sim, banqueta para parto vertical; OPÇÃO C: Sim, bola bobath; OPÇÃO D: Sim, cavalinho; OPÇÃO E: Sim, escada de ling; OPÇÃO F: Sim, barra OPÇÃO G: Outros.	incluindo outros.			
	Presença de enfermeira obstétrica ou obstetriz no parto de baixo risco. OPÇÃO A: Médico(a) obstetra OPÇÃO B: Enfermeiro(a) obstetra OPÇÃO C: Obstetriz OPÇÃO D: Outro.	Somente A=0 A+ (B e/ou C)= 100% B e/ou C = 0,75	Secundários	Trabalhador	3
	Existência de protocolos e/ou manuais técnicos na atenção ao parto e nascimento. OPÇÃO A: Não OPÇÃO B: Sim, mas depende do plantão OPÇÃO C: Sim, todos os profissionais	Adequado: C Inadequado: A e B	Secundários	Análise de Prontuário	4

Boas práticas na atenção ao recém-nascido	Existência de protocolos e/ou manuais técnicos no atendimento a recém-nascido. OPÇÃO A: NÃO OPÇÃO B: Sim, mas depende do plantão OPÇÃO C: Sim, todos os profissionais	Adequado: C Inadequado: A e B	Secundários	Trabalhador	4
Somatório: 28 pontos					

DIMENSÃO PROCESSOS (62 pontos)					
Componentes	Critérios	Parâmetros	Tipos de dados	Fonte de dados	Pontuação máxima
Direito ao acompanhante de livre escolha	Garantia de acompanhante de livre escolha durante toda a internação obstétrica. OPÇÃO A: Não OPÇÃO B: Sim	Adequado: B Inadequado: A	Secundários	Puérpera	4
Boas práticas na atenção à mulher	Partograma preenchido. OPÇÃO A: Não OPÇÃO B: Sim OPÇÃO C: Não disponível	Adequado: somente B Inadequado: A e C	Secundários	Análise de Prontuário	3

<p>Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto. Dieta zero Dieta líquida /dieta especial ou branda /dieta livre Sem prescrição / não sabe informar Sem trabalho de parto= NÃO SE APLICA</p>	<p>Adequado: dieta líquida, especial, branda, dieta livre</p> <p>Inadequado: dieta zero, sem prescrição e não sabe informar</p>	Secundários	Análise de Prontuário	4
<p>Estímulo à deambulação no trabalho de parto. OPÇÃO A: Não (porque não me ofereceram) OPÇÃO B: Não (porque eu não quis) OPÇÃO C: Sim</p>	<p>Adequado: B ou C</p> <p>Inadequado: A ou D (se não sabe informar é porque não foi oferecido)</p>	Secundários	Puérpera	4
<p>Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto. OPÇÃO A: Deitada de costas com as pernas levantadas (posição ginecológica) OPÇÃO B: Deitada na cama de barriga pra cima OPÇÃO C: Deitada na cama de lado OPÇÃO D: Reclinada OPÇÃO E: Posição vertical, sentada OPÇÃO F: Posição vertical, de cócoras OPÇÃO G: Posição vertical, de pé OPÇÃO H: De quatro apoios</p>	<p>Adequado: C, D, E, F, G ou H</p> <p>Inadequado: A ou B</p>	Secundários	Puérpera	4

<p>Vigilância do terceiro estágio (como é feita a prevenção da hemorragia pós-parto) OPÇÃO A: Ocitocina no 3º estágio - ADEQUADO OPÇÃO B: Tração controlada do cordão - ADEQUADO OPÇÃO C: Amamentação na primeira hora - ADEQUADO OPÇÃO D: Vigilância periódica das condições clínicas da mulher - ADEQUADO OPÇÃO E: Presença de acompanhante no pós-parto - ADEQUADO OPÇÃO F: Outro. ADEQUADO</p>	<p>Adequado: Quando tiver marcado <u>todas</u> as opções Inadequado: Marcar apenas algumas ou nenhuma.</p>	<p>Secundários</p>	<p>Gestor</p>	<p>4</p>
<p>(Intervenções desnecessárias) Episiotomia. OPÇÃO A: Não há registro OPÇÃO B: Sim, há registro de que foi realizado OPÇÃO C: Sim, há registro de que não foi realizado OPÇÃO D: Não se aplica</p>	<p>Adequado: A ou C Inadequado: B</p>	<p>Secundários</p>	<p>Análise de Prontuário</p>	<p>4</p>
<p>Amniotomia. OPÇÃO A: Não há registro OPÇÃO B: Sim, há registro de que foi realizado OPÇÃO C: Sim, há registro de que não foi realizado OPÇÃO D: Não se aplica</p>	<p>Inadequado: B Adequado: A ou C</p>	<p>Secundários</p>	<p>Análise de Prontuário</p>	<p>3</p>
<p>Venoclise durante o trabalho de parto. OPÇÃO A: Não OPÇÃO B: Sim OPÇÃO C: Não se aplica</p>	<p>Adequado: A Inadequado: B</p>	<p>Secundários</p>	<p>Análise de Prontuário</p>	<p>3</p>

	Ocitocina no trabalho de parto (para aceleração do trabalho de parto). OPÇÃO A: Não OPÇÃO B: Sim OPÇÃO C: Não se aplica	Adequado: A Inadequado: B	Secundários	Análise de Prontuário	3
	Manobra de Kristeller. OPÇÃO A: Não OPÇÃO B: Sim OPÇÃO C: Não sabe informar OPÇÃO D: Não quis informar (NEUTRO) OPÇÃO E: Não se aplica (NEUTRO)	Adequado: A Inadequado: B	Secundários	Puérpera	4
Boas práticas na atenção ao recém-nascido	Contato pele a pele entre a mãe e bebê. OPÇÃO A: Não, porque a maternidade não colocou OPÇÃO B: Não, porque não quis OPÇÃO C: Sim OPÇÃO D: Sim, mas com lençol OPÇÃO E: Não sabe informar (NEUTRO) OPÇÃO F: Não quis informar (NEUTRO) OPÇÃO : Não se aplica (NEUTRO)	Adequado : B ou C Inadequado: A ou D	Secundários	Puérpera	4
	Aleitamento materno na primeira hora de vida. OPÇÃO A: Não OPÇÃO B: Sim OPÇÃO C: Não sabe informar (NEUTRO) OPÇÃO D: Não quis informar (NEUTRO) OPÇÃO E: Não se aplica (NEUTRO)	Adequado: B Inadequado: A	Secundários	Puérpera	4
	Clampamento oportuno do cordão		Secundários	Trabalhador	4

umbilical. OPÇÃO A: Imediatamente OPÇÃO B: Após 1 minuto OPÇÃO C: Quando para de pulsar OPÇÃO D: Outro	Adequado: C Inadequado: A, B e D			
Práticas de neuroproteção na unidade neonatal. OPÇÃO A: Nunca OPÇÃO B: Poucas vezes OPÇÃO C: Muitas vezes OPÇÃO D: Sempre	Adequado: C e D Inadequado: A e B	Secundários	Trabalhador	3 (0,75 para cada questão)
Aspiração de vias aéreas no recém-nascido. OPÇÃO A: Nunca OPÇÃO B: Poucas vezes (quando necessário) OPÇÃO C: Muitas vezes OPÇÃO D: Sempre	Adequado: A e B Inadequado: C e D	Secundários	Trabalhador	3
Estímulo ao aleitamento materno no alojamento conjunto. A maternidade oferece "fórmula infantil" para o bebê?	Adequado: Não	Secundários	Trabalhador	4
Somatório: 62 pontos TOTAL = 28+62= 90 PONTOS				

Em seguida foram atribuídas faixas percentuais para a definição do grau de adequação das “Boas práticas na atenção ao parto nascimento”.

QUADRO 4. GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS

Estágios	Intervalo (%)
Adequado	75,01 a 100,0
Parcialmente Adequado	50,1 a 75,0
Não Adequado	0 a 50,0
Não se aplica	Não preenche as condições especificadas para sua avaliação

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Para todas as análises, foi adotado o valor de significância de 5%. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do Software *Statistical Package for the Social Sciences*.

5.5 ASPÉCTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos do estudo se fundamentaram nas definições da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências do respectivo órgão. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), com o número CAAE 56389713.5.3001.5240, parecer 1.866.931 (ANEXO G).

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em dois artigos científicos:

a) O primeiro artigo apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre a avaliação de maternidades.

b) O segundo artigo fará uma análise descritiva do grau de adequação das Boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha no estado de Minas Gerais.

6.1 ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DE MATERNIDADES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA*

*** Submetido à Rev. Rene (status: em apreciação)**

Avaliação de maternidades: uma revisão integrativa da literatura

Mateus Oliveira Marcelino¹, Júlia Pio Fernandes Nery², Rafaela Oliveira Lima³, Sonia de Azevedo Bittencourt⁴, Juliano Teixeira Moraes⁵

¹Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil. CEP: 35.501-296. E-mail: teus_oliveira@yahoo.com.br

²Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil. CEP: 35.501-296. E-mail: jupio0107@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7065-563>

³Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil. CEP: 35.501-296. E-mail: rafaelalima628@gmail.com

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: bittencourtsonia@gmail.com.

⁵ Universidade Federal de São João del-Rei. Divinópolis, MG, Brasil. CEP: 35.501-296. E-mail: julianotmoraes@ufs.edu.br

Avaliação de maternidades: uma revisão integrativa da literatura

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica sobre a avaliação das maternidades incluindo elementos de estrutura, processos e resultados. **Métodos:** revisão integrativa da literatura a partir das bases MEDLINE, SciELO, CINAHL e LILACS entre os anos de 2008 e 2018. Os descritores utilizados foram: delivery rooms; maternal and child health; hospital maternity; birthing centers; program evaluation; health services; outcome assessment (health care).

Resultados: a amostra final foi constituída por 17 artigos científicos. A maioria dos estudos atribuíram a estrutura como forma de avaliação por meio de domínios como infraestrutura adequada, disponibilidade de equipamentos, medicamentos e recursos humanos capacitados e avaliaram ambientes neonatais. Em segundo lugar, a qualidade das maternidades foi atribuída à satisfação das mulheres. **Conclusão:** indicadores de estrutura, processos e resultados são elementos constitutivos da avaliação em saúde nas maternidades, que podem ser avaliados de forma multidimensional e considerar a satisfação das mulheres.

Descritores: Saúde Materno-Infantil; Maternidades; Salas de Parto; Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

Descriptors: Maternal and Child Health; Hospital Maternity; Delivery Rooms; Birthing Centers; Program Evaluation.

Introdução

Até o século XVIII, o parto envolvia altos índices de morbimortalidade materna e fetal, então a prática de cuidados com a saúde da mulher começou a se organizar. Porém, só a partir do século XIX, a medicina desenvolveu técnicas cirúrgicas e anestésicas capazes de combater os altos índices de infecção puerperal, tornando o parto um evento hospitalar. Desde então, novas técnicas surgiram e foram aprimoradas e o parto hospitalar foi incorporado culturalmente pela sociedade⁽¹⁾.

No Brasil, a sua institucionalização foi integralmente expressiva somente após a Segunda Guerra Mundial. Tal fato trouxe queda considerável na mortalidade infantil, o que foi fator importante para que houvesse forte adesão e aceitação da hospitalização⁽²⁾.

Atualmente, ainda que as taxas de cobertura hospitalar ao parto sejam altas, o país enfrenta problemas de acesso, falta de estrutura física e recursos humanos capacitados, além de uma evidente desorganização na distribuição de leitos obstétricos e neonatais. Dessa forma, o decréscimo antes nítido nas taxas de mortalidade materna e neonatal se tornou cada vez mais discreto e estagnou⁽³⁾.

Os avanços na saúde materno infantil nas últimas décadas melhoraram os índices de saúde graças a esforços governamentais e de movimentos sociais. A mortalidade infantil reduziu drasticamente devido a ações desenvolvidas no componente pós-neonatal, mas com desafios persistentes no componente neonatal. As evidências demonstram que a maioria desses óbitos, principalmente maternos, são evitáveis e acontecem dentro dos hospitais⁽⁴⁾.

Além do fato das estruturas hospitalares mais avançadas se concentrarem nas capitais, muitas ainda apresentam fragilidade na disposição de ferramentas e equipamentos para uma assistência de qualidade durante o trabalho de parto e nascimento. Entretanto, não se pode atribuir às taxas, ainda elevadas, de mortalidade na saúde materno-fetal somente à custa da estrutura hospitalar. Faz-se necessário ampliar o espectro ao nível de atendimento oferecido durante todo o processo de gestação, parto e puerpério por parte da equipe obstétrica⁽³⁾.

Contudo, vale ressaltar que, independente do risco gestacional, as gestantes devem ser acompanhadas por profissionais qualitativamente capacitados. O papel do profissional de saúde é garantir o monitoramento materno e fetal, intervir quando necessário e referenciar a gestante para níveis mais complexos quando indicado⁽⁵⁾.

As mulheres buscam locais seguros para terem seus filhos vivos e se direcionam para locais onde prezam pelo respeito, profissionais habilitados e estrutura adequada⁽⁶⁾. Pode-se

afirmar, portanto, que elementos da estrutura e processos repercutem diretamente na ocorrência de óbitos maternos e perinatais⁽⁷⁾.

O objetivo dessa pesquisa foi, portanto, analisar a produção científica em relação à avaliação das maternidades, nos aspectos da estrutura, dos processos e dos resultados.

Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa com base na literatura científica⁽⁸⁾ sobre a avaliação de maternidades em todo o mundo entre os anos de 2008 e 2018 nas bases de dados MEDLINE, SciELO, LILACS e CINAHL. Para elaboração do estudo, foram percorridas seis etapas: identificação da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados ou categorização de estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão ou síntese do conhecimento.

Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2018 e foi delineado um panorama de dez anos para a realização das buscas. Incluíram-se estudos que abordam a avaliação de serviços de atendimento a mulheres e recém-nascidos no parto e nascimento, publicações na íntegra disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas teses, dissertações, trabalhos publicados em anais de eventos, duplicatas e artigos disponíveis somente em resumo.

A pergunta de pesquisa foi estruturada da seguinte forma: como estão sendo abordados os aspectos estruturais, de processos e de resultados nas avaliações das maternidades nas investigações científicas?

Para as bases MEDLINE, SciELO, LILACS e CINAHL foram utilizados os termos: "Delivery rooms" OR "salas de parto" OR "salas de parto" OR "maternal and child health" OR "saúde materno-infantil" OR "salud materno-infantil" OR "hospital maternity" OR "maternidades" OR "maternidades" OR "birthing centers" OR "centros de assistência à gravidez e ao parto" OR "centros de asistencia al embarazo y al parto" AND "program evaluation" OR "avaliação de programas e projetos de saúde" OR "evaluacion de programas y proyectos de salud" AND "health services" OR "serviços de saúde" OR "servicios de salud" AND "outcome assessment (health care)" OR "avaliação de resultados (cuidados de saúde)" OR "evaluacion de resultado (atención de salud)".

A amostra inicial constituiu-se de 9.340 artigos, sendo 7.719 (MEDLINE); 1.089 (SciELO); 453 (CINAHL) e 79 (LILACS).

A seleção dos artigos foi realizada de forma independente por dois revisores e conduzida por meio do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme apresentado no fluxograma (Figura 1) de seleção dos estudos. Após leitura de títulos e resumos foram eleitos 68 estudos para leitura completa. As discordâncias entre os dois revisores foram esclarecidas por um terceiro revisor. Um instrumento metodológico foi criado pelos próprios autores para extração das seguintes informações: identificação do estudo, autores, fonte de informação, periódico, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo, amostra estudada, categoria do estudo e nível de evidência, método e variáveis utilizadas.

Dessa forma, os estudos selecionados foram classificados conforme os seguintes níveis de evidência: Nível I: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível II: evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados; Nível IV: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; e Nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Em seguida, os dados obtidos foram agrupados conforme o referencial teórico da tríade de Donabedian com núcleos temáticos na avaliação das maternidades⁽⁹⁾.

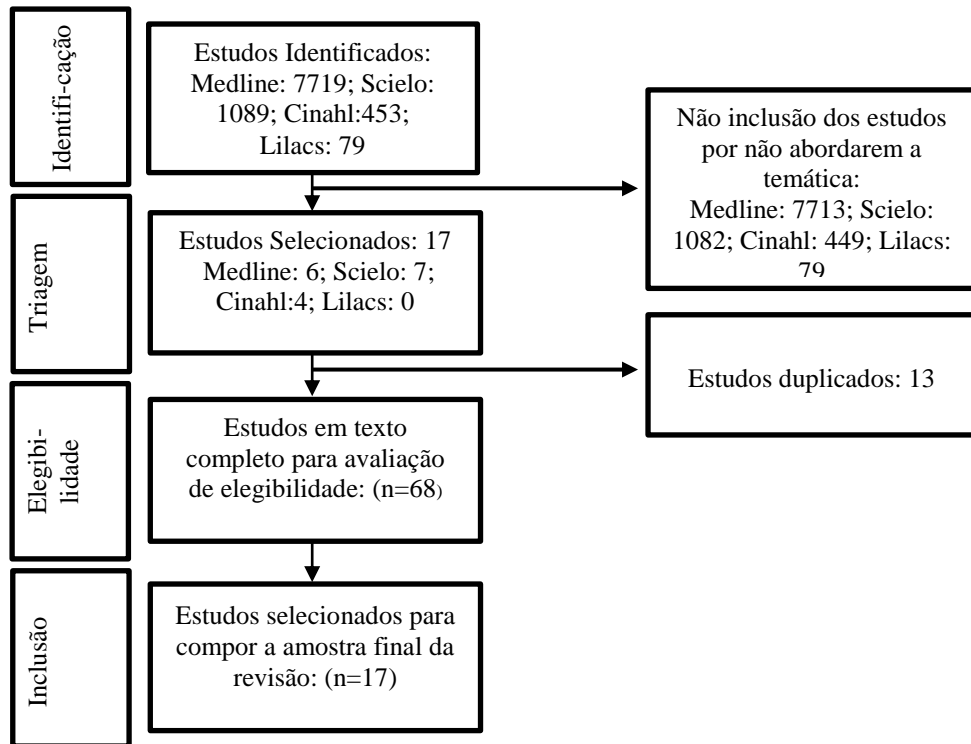


Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos (PRISMA). Divinópolis, MG, Brasil, 2020.

Resultados

A pesquisa resultou em 17 artigos. Nove foram desenvolvidos no Brasil (52,9%), dois em Uganda (11,7%), e um estudo nos seguintes países: Escócia (5,8%); Nova Zelândia (5,8%); Indonésia (5,8%), Senegal (5,8%); Bangladesh, Haiti e Malawi (5,8%); Tanzânia e Senegal (5,8%); Nigéria (5,8%).

Em relação ao ano, houve predomínio do ano de 2017 com sete artigos (41,1%), seguido de 2008 com três (17,6%), 2015 e 2014 com dois artigos cada (11,7%) e os anos de 2018, 2016 e 2010 com um artigo (5,8% cada). Quanto ao delineamento dos estudos, quatorze são estudos quantitativos (82,3%) e três são pesquisas qualitativas (17,6%). Dos estudos quantitativos, sete são coortes, quatro são transversais descritivos e dois inquéritos. Analisando o nível de evidência dos artigos, oito (47,0%) possuíam nível V, sete nível IV (41,1%), um nível III (5,8%) e um nível VI (5,8%).

No tocante à avaliação da qualidade, seis estudos (35,2%) avaliaram os serviços materno infantis de acordo com a estrutura, quatro (23,5%) de acordo com os processos e três (17,6%) utilizaram indicadores de resultados. Quatro artigos (23,5%) usaram a percepção das mulheres como uma forma de avaliar as maternidades.

A maioria dos estudos atribuiu a estrutura como forma de avaliação e tinham foco na qualidade da assistência ao recém-nascido e redução da mortalidade neonatal por meio de domínios como infraestrutura adequada, disponibilidade de equipamentos, medicamentos e recursos humanos capacitados^(3,10-14).

Indicadores	Autores/ano	Métodos	Variáveis utilizadas na avaliação
Estrutura	Almeida et al/2008	Estudo transversal	Recursos humanos e equipamentos necessários para reanimação neonatal.
	Silva et al/2010	Estudo transversal	UTI neonatal e adulto, atividade de ensino, referência para alto risco e volume de parto.
	Bittencourt et al/2014	Coorte de base hospitalar Nascer no Brasil	UTI materna e neonatal, equipamentos, setores de apoio e medicamentos, referência para alto risco, gestores capacitados.
	Bittencourt et al/2015	Coorte de base hospitalar Nascer no Brasil	Recursos humanos, medicamentos, equipamentos.
	Bittencourt et al/2016	Estudo transversal, nacional de base hospitalar.	Recursos humanos, medicações, equipamentos para atendimento emergencial.
	Winter et al/2017	Inquérito em Bangladesh, Haiti Malawi, Senegal e Tanzânia	Água corrente, eletricidade, privacidade, equipamentos, medicamentos, treinamento de pessoal e supervisão.
Processos	Faye et al/2004	Estudo transversal	Avaliação de sinais vitais maternos e fetais anteparto e pós-parto.
	Oliveira et al/2008	Estudo transversal	Avaliação obstétrica e fetal, indicadores de boas práticas, presença de acompanhante.
	Leal et al/2008	Estudo transversal	Número de consultas de pré-natal, peso, realização de exames e entrega em tempo oportuno e peregrinação.
	Mawarti, Utarini/2017	Coorte retrospectiva	Tempo de espera na triagem, uso de ocitocina, medicamentos e tipo de parto.
	Barros et al/2008	Estudo de coorte	Apgar, hemorragia, admissão em unidade neonatal, peso ao nascer, morbimortalidade.

Resultados	Denham, et al/ 2017	Estudo transversal	Trauma perineal, transferência, peso ao nascer e cesariana.
	Grigg et al/2017	Estudo transversal	Apgar, hemorragia, admissão em unidade neonatal, peso ao nascer, morbimortalidade.
Perspectivas das mulheres	Okonofua et al/2017	Discussões de grupos focais	Satisfação com a qualidade no atendimento,
	Kyaddondo et al/2017	Grupos focais com puérperas	Sobrevivência do recém-nascido, competência das parteiras e equipamentos.
	Bohren et al/2017	Grupos focais com gestantes	Comunicação eficaz, respeito, dignidade e recursos humanos.
	Almeida et al/2018	Estudo transversal	Acessibilidade e relação paciente/profissionais de saúde.

Figura 2 - Caracterização da produção científica sobre a avaliação de maternidades nas dimensões de estrutura, processos e resultados.

Discussão

Esta revisão integrativa investigou a produção científica relacionada à avaliação de maternidades de acordo com critérios de estrutura, processos e resultados. A maior parte dos estudos selecionados avaliou a qualidade dos serviços de acordo com a estrutura das maternidades. Os elementos de estrutura e processos estão estreitamente ligados à qualidade dos serviços de saúde, em especial aos serviços de atenção obstétrica e neonatal⁽³⁾. O termo qualidade não foi utilizado como descritor nessa busca bibliográfica, o que poderia ter tornado a “chave de pesquisa” mais eficaz na busca primária e na fase final de inclusão dos artigos.

O modelo sistêmico proposto por Donabedian tem sido um método confiável para avaliar os serviços de atenção materno infantil, ora utilizados isoladamente, ora articulando seus elementos⁽⁹⁾.

Pesquisas utilizando a avaliação da estrutura das maternidades de forma isolada têm sido utilizadas no Brasil e no mundo para medir a qualidade do atendimento a mulheres e recém-nascidos no trabalho de parto, parto e puerpério^(3,7). Estudos têm demonstrado que o acesso a locais seguros para o parto e nascimento, assistência de profissionais qualificados e disponibilidade de estrutura e equipamentos adequados reduzem a mortalidade materna e neonatal^(3,10-11,13). Mas embora a relação isolada entre a estrutura e alguns indicadores

perinatais possa indicar bom desempenho do serviço de saúde, não se pode garantir que ele seja de qualidade sem avaliar outros aspectos relevantes ligados à assistência oferecida ao binômio mãe-bebê⁽³⁾.

Por outro lado, a avaliação a partir de processos assistenciais utilizada como metodologia merece destaque uma vez que avalia as maternidades por meio das atividades desenvolvidas por profissionais de saúde e gestores para um atendimento obstétrico e neonatal adequado desde a internação até a alta. Os estudos que avaliaram processos demonstraram baixa qualidade dos serviços obstétricos em aspectos relevantes como a utilização de práticas humanizadas na assistência ao parto, a não realização de procedimentos básicos como a aferição da pressão arterial durante a internação obstétrica e ainda a peregrinação das mulheres por uma vaga em uma maternidade⁽⁴⁻⁵⁾.

Evidências mostram que a melhoria nos cuidados prestados nas maternidades diminui as taxas de morbimortalidade materna e neonatal. O tempo de atendimento, a classificação de risco adequada, a administração de drogas em tempo oportuno em casos de urgência e emergência obstétricas e o uso de tecnologias apropriadas no parto e nascimento são indicadores que refletem a qualidade do serviço. Portanto, os cuidados devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes e centrados nas pacientes^(6,15-17).

A preocupação com a qualidade no nascimento tem ganhado relevância, especialmente no Brasil, devido à persistência dos maus indicadores perinatais mesmo com a universalização hospitalar do parto e assistência realizada por médicos em 90% dos nascimentos⁽¹⁸⁾.

Em um cenário nacional marcado pelo excesso de intervenções desnecessárias e pela violência no momento do parto, recorde mundial de cesarianas; mortes maternas, fetais e neonatais evitáveis; torna-se imprescindível avaliar os processos de trabalho para uma assistência segura no parto e nascimento⁽¹⁸⁾.

Para melhorar a saúde materno infantil, é essencial oferecer serviços com estrutura adequada, protocolos clínicos baseados em evidências científicas e cuidados qualificados centrados na pessoa⁽⁴⁾.

Os indicadores de resultados são comumente utilizados por municípios, estados e países para medir o funcionamento dos serviços de saúde, em especial os estabelecimentos materno infantis que atendem partos. No Brasil, o monitoramento de indicadores perinatais estimulados pelas agendas e compromissos internacionais tornou-se obrigatório e está vinculado à liberação de investimentos e recursos financeiros. Sendo assim, os dados analisados nesse estudo utilizaram indicadores de resultados para comparar a segurança e eficácia entre centros de atendimentos materno infantis na assistência ao parto. Eles podem

ser usados para apontar a melhoria de processos assistenciais, além de ser um importante instrumento na escolha dos locais pelas mulheres onde parir seus filhos⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Descrever as experiências e expectativas das mulheres em relação ao seu parto foi citado em quatro estudos desta revisão. Considerar a forma como elas vivenciam o cuidado também é importante. Os artigos aqui selecionados deram voz às mulheres que traduzem a sua avaliação na forma de atitudes respeitadas, cuidado qualificado e local seguro e com estrutura adequada para terem seus filhos em boas condições. Embora a Organização Mundial da Saúde tenha publicado recentemente o seu manual de experiências positivas no parto, grande parte das mulheres no mundo não tem assistência de profissionais qualificados durante o nascimento. Ademais, a satisfação dos usuários também é uma forma de avaliação e representa uma maneira de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e discutir o cuidado ao paciente^(6,15,22-23).

Portanto, torna-se necessário propor novos estudos que explorem resultados advindos de diferentes fontes de dados e metodologias para melhor avaliar a qualidade dos serviços obstétricos e neonatais, proporcionando uma visão ampliada da atenção à saúde ofertada às mulheres e recém-nascidos em seus locais de parto e nascimento.

Conclusão

A síntese dos estudos analisados mostra que a avaliação das maternidades pode ser feita de forma multidimensional e ainda permanece como um desafio para os avaliadores. No entanto, não há uma definição de métodos específicos que expressem maior solidez para a avaliação de maternidades, ou ainda, que elementos de estrutura, processos ou resultados se sobressaíam entre si durante uma avaliação.

Referências

1. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula ED, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018; 12(1):236-46. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23523p236-246-2018>
2. Diniz SG, Salgado HO, Amdrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2015; 25(3):377-84. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
3. Bittencourt DAS, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e

nascimento. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(1):208-19. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176913>

4. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2015; 15(1):91-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>

5. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):895-902. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500015>

6. Kyaddondo D, Mugerwa K, Byamugisha J, Oladapo OT, Bohren MA. Expectations and needs of Ugandan women for improved quality of childbirth care in health facilities: A qualitative study. *International J Gynecol Obstetr*. 2017; 139:38-46. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12405>

7. Winter R, Yourkavitch J, Wang W, Mallick L. Assessment of health facility capacity to provide newborn care in Bangladesh, Haiti, Malawi, Senegal and Tanzania. *J Glob Health*. 2017; 7(2). doi: <https://doi.org/10.7189/jogh.07.020509>

8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

9. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan: Health Administration Press, 1988.

10. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4):682-91. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004605>

11. Bittencourt DAS, Gurgel RQ, Menezes MAS, Bastos LS, Leal MC. Neonatal care in Brazil: hospital structure and adequacy according to newborn obstetric risk. *Paediatr Int Child Health*. 2015; 35(3):206-12. doi: <https://doi.org/10.1179/2046905515Y.0000000028>

12. Silva ZP, Almeida MF, Ortiz LP, Alencar GP, Alencar AP, Schoeps D, et al. Morte neonatal precoce segundo complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):123-34. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100013>

13. Almeida MFB, Guinsburg R, Costa JO, Anchieta LM, Freire LMS. Material and human resources for neonatal resuscitation in public maternity hospitals in Brazilian state capitals. *Sao Paulo Med J*. 2008; 126(3):156-60. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000300004>

14. Bittencourt DAS, Domingues RMSM, Reis LNC, Ramos MM, Leal MC. Adequacy of public maternal care services in Brazil. *Reprod Health*. 2016; 13(3):120. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0229-6>

15. Bohren MA, Titiloye MA, Kyaddondo D, Hunter EC, Oladapo OT, Tunçalp O, et al. Defining quality of care during childbirth from the perspectives of Nigerian and Ugandan women: A qualitative study. *International J Gynecol Obstetr.* 2017; 139(1):4-16. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12378>
16. Mawarti Y, Utarini A, Hakimi M. Maternal care quality in near miss and maternal mortality in an academic public tertiary hospital in Yogyakarta, Indonesia: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1):149. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1326-4>
17. Faye A, Dumont A, Ndiaye P, Fournier P. Development of an instrument to evaluate intrapartum care quality in Senegal: evaluation quality care. *Qual Assur Health Care.* 2014; 26(2):184-9. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu018>
18. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Pereira NM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30(1):17-32. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
19. Denham S, Humphrey T, Taylor R. Quality of care provided in two Scottish rural community maternity units: a retrospective case review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(1):198. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1374-9>
20. Grigg CP, Tracy SK, Tracy M, Daellenbach R, Kensington M, Monk A, et al. Evaluating Maternity Units: a prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand—clinical outcomes. *BMJ open.* 2017; 7(8). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016288>
21. Barros AJD, Matijasevich A, Santos IS, Albernaz EP, Victora CG. Neonatal mortality: description and effect of hospital of birth after risk adjustment. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42:1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000100001>
22. Almeida KJQ, Roure FN, Bittencourt RJ, Santos RMDB, Bittencourt FV, Gottens LBBD, et al. Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52:76. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052017291>
23. Okonofua F, Ogu R, Agholor K, Okike O, Abdus-salam R, Gana M, et al. Qualitative assessment of women's satisfaction with maternal health care in referral hospitals in Nigeria. *Reprod Health.* 2017; 14(44). doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0305-6>

6.2 ARTIGO 2 – ANÁLISE DO GRAU DE ADEQUAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DA REDE CEGONHA EM MINAS GERAIS

RESUMO

Objetivo: avaliar o grau de adequação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha (RC) em Minas Gerais. **Método:** Foram elegíveis 44 hospitais públicos e mistos em cinco regiões de saúde com plano de ação da RC em 2015. Procedeu-se a coleta de dados por meio de entrevistas com gestores/profissionais/puérperas, análise de dados secundários (prontuário da paciente) e observação de campo, em 2017. Para a estimativa do grau de adequação utilizou-se uma matriz de análise, constituída por vinte e cinco critérios distribuídos em três componentes: direito ao acompanhante de livre escolha, boas práticas na atenção à mulher e boas práticas na atenção ao recém-nascido. **Resultados:** o grau de adequação das boas práticas foi classificado como inadequado em 61,3% das maternidades e parcialmente adequado em 38,6%. O componente direito ao acompanhante de livre escolha foi responsável pelo maior grau de adequação entre as maternidades, seguido pelo componente boas práticas na atenção à mulher/ redução de intervenções desnecessárias. O componente pior avaliado foi boas práticas na atenção ao recém-nascido. **Conclusão:** os resultados mostram baixa adequação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento e a avaliação em saúde pode ser um instrumento de orientação no monitoramento da assistência nas maternidades.

Descritores: Avaliação em saúde, Maternidades, Saúde materno-infantil.

Introdução

O Brasil se destaca por um modelo obstétrico e neonatal marcado pelo excesso de intervenções desnecessárias no parto e nascimento e altas taxas de cesarianas. E, embora tenha altos índices de cobertura de pré-natal e a maioria dos partos em ambientes hospitalares e assistidos por profissionais capacitados, ainda apresenta elevados percentuais de mortes maternas por causas obstétricas diretas e óbitos neonatais evitáveis.^{1,2}

Desde a década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem estimulado a redução de práticas desnecessárias no parto por meio de documentos indutores de boas práticas às mulheres e recém-nascidos e recentemente publicou novas recomendações baseadas no direito à informação e no protagonismo da mulher no ciclo gravídico puerperal. Ainda assim, estudos tem evidenciado um distanciamento entre as recomendações e a utilização de práticas benéficas no parto no cotidiano das maternidades brasileiras nos setores público e privado.^{3,4}

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a estratégia da Rede Cegonha, com objetivo de promover mudanças no cenário obstétrico que repercutissem diretamente na redução de mortes desnecessárias com foco na gestação, parto e nascimento; pautadas na humanização e inclusão de equipes multiprofissionais, acompanhamento das crianças até dois anos de vida, além de equipamentos de saúde como centros de parto normal e casas de acompanhamento de gestantes de alto risco.^{5,6}

Desta forma, avaliar a incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nos hospitais pode subsidiar os gestores nas ações de planejamento que garantam às mulheres e seus filhos o direito ao acesso a práticas obstétricas comprovadamente benéficas recomendadas por evidências científicas e que se traduzem em bons resultados perinatais e satisfação das mulheres e suas famílias e com uso de tecnologias apropriadas no trabalho de parto e parto.

As boas práticas foram avaliadas nas dimensões de estrutura e processos por meio de três componentes: direito ao acompanhante de livre escolha, boas práticas na atenção à mulher e boas práticas na atenção ao recém-nascido. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o grau de adequação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em maternidades do estado de Minas Gerais no âmbito da Rede Cegonha.

Método

Trata-se de uma avaliação normativa, baseada na tríade donabediana realizada por meio de um estudo transversal. Foram elegíveis para o estudo os hospitais públicos e mistos localizados nas macrorregiões de saúde com plano de ação da Rede Cegonha, que realizaram mais de 500 partos no ano de 2015 em Minas Gerais. Ao todo, 44 maternidades nas macrorregiões Centro, Nordeste, Leste, Norte e Jequitinhonha foram incluídas.

A coleta de dados aconteceu em 2017 e para melhor qualidade da informação a ser obtida, os pesquisadores optaram pela triangulação da fonte de informação.⁷

Foram feitas entrevistas com gestores, trabalhadores e puérperas, além de observação de campo e análise de documentos e prontuários. Os questionários e roteiros foram baseados em documentos do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde com fundamentos nas boas práticas do parto e nascimento.

Gestores e trabalhadores foram selecionados de forma intencional. As entrevistas com os gestores foram realizadas de maneira coletiva, agendadas previamente e tinham o objetivo de promover uma análise do modelo de gestão do cuidado obstétrico e neonatal. Esse grupo era formado por médicos e enfermeiros da obstetrícia e neonatologia/pediatria.

Os trabalhadores foram entrevistados individualmente (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e o quantitativo variou de acordo com o número de partos do estabelecimento.

Para cada macroregião, a amostra de puérperas variou de acordo com o número de dias de trabalho de campo. Na análise de documentos foram analisados indicadores de boas práticas na assistência ao parto e nascimento, disponibilidade de protocolos, normas e rotinas. Os prontuários foram examinados com o objetivo de verificar processos de trabalho, gestão do serviço e do cuidado.

A observação foi realizada por meio de roteiros de observação e tiveram como foco avaliar as condições de infraestrutura, planta física, equipamentos, materiais e insumos das maternidades.

Esta pesquisa se limitou a analisar o banco de dados do estado de Minas Gerais, à partir da Avaliação Nacional da Rede Cegonha coordenada pelo Ministério da Saúde. Foram selecionadas para o estudo 44 maternidades nas macrorregiões Centro, Nordeste, Leste, Norte e Jequitinhonha e analisados dados de 146 gestores, 351 profissionais e 411 puérperas.

Para identificar as proposições das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento foi construído inicialmente um modelo lógico dividido em três componentes: direito ao

acompanhante de livre escolha, boas práticas na atenção à mulher e boas práticas na atenção ao recém-nascido. A partir do modelo do modelo lógico, foi elaborada uma matriz de análise e julgamento de acordo com outro estudo, que possui um sistema de escores com pesos diferenciados que foram arbitrados e consensuados por um grupo de pesquisadores.¹⁸

Neste estudo, a pontuação máxima foi atribuída utilizando como referencial teórico conceitos de *prioridade, utilidade, importância e viabilidade*⁷ para cada pergunta avaliativa e sua respectiva fonte de dados, em uma matriz denominada seleção de perguntas avaliativas, gerando pesos diferenciados. Além disso, a arbitragem considerou a relevância da pergunta no desenvolvimento da assistência ao parto e nascimento de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

O Grau de Adequação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento foi estimado com base na matriz de análise e julgamento, constituída por critérios elencados nas dimensões da estrutura e processo de cada componente. Nesta matriz, foi considerada para a estrutura do componente direito ao acompanhante de livre escolha: se havia poltrona para o acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério; acesso a refeições diárias e poltronas nas unidades neonatais.

No componente boas práticas na atenção à mulher, foi avaliado se havia: conforto e privacidade assegurados no ambiente de trabalho de parto e parto por meio de quartos PPP, equipamentos que possibilitem o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, presença de enfermeira obstétrica ou obstetriz no parto e protocolos clínicos para condução do trabalho de parto e parto segundo as melhores diretrizes clínicas e evidências científicas disponíveis. Já no componente boas práticas no recém-nascido, foi avaliado a existência de protocolos clínicos de atenção ao recém-nascido.

Na dimensão do processo, os critérios também foram avaliados de acordo com cada componente. No componente de direito ao acompanhante de livre escolha, buscou-se identificar a garantia do acompanhante durante toda a internação obstétrica.

No componente boas práticas na atenção à mulher foram avaliadas informações sobre: o uso do partograma no acompanhamento da evolução do trabalho de parto e sua utilização como instrumento de tomada de decisões clínicas, oferta de alimentos durante o trabalho de parto, estímulo à deambulação da parturiente, posições verticalizadas no parto, monitoramento no terceiro estágio do parto, práticas desnecessárias no trabalho de parto e parto, quando utilizadas de rotina (episiotomia, amniotomia, ocitocina, venóclise) e manobra de kristeller.

No componente boas práticas na atenção ao recém-nascido, procurou-se identificar a realização de práticas como: o contato pele a pele imediatamente após o nascimento, amamentação na primeira hora de vida e no alojamento conjunto, clampeamento oportuno do cordão umbilical, respeito a rotinas de manipulação do bebê nas unidades neonatais como medidas de neuroproteção e a abolição de práticas como a aspiração de vias aéreas do recém-nascido em boas condições. O total de pontos foi definido em 90 pontos máximos. Foi pactuada a pontuação máxima de 28 (31,11%) pontos para a dimensão estrutura e 62 (68,89%) pontos para a dimensão de processo. O componente direito ao acompanhante de livre escolha foi responsável por 13 (14,45%) pontos da avaliação, enquanto boas práticas na atenção à mulher representaram 51 (56,66%) pontos e sendo 26 (28,89%) pontos para boas práticas na atenção ao recém-nascido.

Para o julgamento da análise do grau de adequação foram utilizados os seguintes parâmetros: adequado (75,01 a 100%); parcialmente adequado (50,1 a 75%); e não adequado (0 a 50%).

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do Software SPSS versão 23.

Os aspectos éticos do estudo se fundamentaram nas definições da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, atendendo às exigências do respectivo órgão. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), com o número CAAE 56389713.5.3001.5240, parecer 1.866.931, em 14 de Dezembro de 2016.

Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e confidencialidade das informações.

Resultados

Foram analisados dados de 146 gestores, 351 trabalhadores e 411 puérperas.

Conforme a tabela 1, as boas práticas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha em Minas Gerais apresentaram grau de adequação inadequadas em 61,40% das maternidades avaliadas, enquanto 38,60% foram classificadas como parcialmente adequadas.

Ao analisar os critérios de estrutura, isoladamente, 47,60% das maternidades apresentaram grau de adequação inadequada, enquanto 36,30% foram consideradas parcialmente adequadas e apenas 15,90% adequadas, sendo que mais da metade desses serviços estão localizados na região central do estado. Ao examinar as maternidades na

perspectiva de processos 77,27% delas apresentaram grau de adequação inadequado para as boas práticas no parto e nascimento, nenhum serviço estava completamente adequado e 22,73% parcialmente adequados.

Tabela 1. Grau de adequação geral, por estrutura e processo em maternidades da Rede Cegonha em Minas Gerais.

Grau de adequação geral	N	%
Adequadas	0	0,00
Inadequadas	27	61,40
Parcialmente inadequadas	17	38,60
Grau de adequação por estrutura	N	%
Adequado	7	15,90
Parcialmente adequado	16	36,30
Inadequado	21	47,60
Grau de adequação por processos	N	%
Adequado	0	0,00
Parcialmente adequado	10	22,73
Inadequado	34	77,27

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

A tabela 2 mostra que o componente direito ao acompanhante de livre escolha foi responsável pelo maior grau de adequação entre as maternidades (60,06%), enquanto as boas práticas na atenção à mulher e intervenções desnecessárias 22,58%. Já o componente boas práticas na atenção ao recém-nascido apresentou 13,31% de adequação.

Tabela 2. Grau de adequação de maternidades por componentes.

	Adequadas		Parcialmente adequadas		Inadequadas	
	N	%	N	%	N	%
Direito ao acompanhante de livre escolha						

Poltronas para acompanhantes	4	9,09	16	36,36	24	54,54
Refeições para acompanhantes	26	59,09	13	29,54	5	11,36
Poltronas para acompanhantes nas unidades neonatais	29	74,36	0	0,00	10	25,64
Garantia de acompanhante de livre escolha na internação obstétrica	43	97,93	1	2,27	0	0,00
% adequação de maternidades por componente		60,06		17,04		22,90
Boas Práticas na Atenção à Mulher/ intervenções desnecessárias	N	%	N	%	N	%
Quartos PPP	13	29,55	0	0,00	31	70,45
Equipamentos para alívio não farmacológico da dor	27	61,37	0	0,00	17	38,63
Enfermeira obstétrica no parto	15	34,09	4	9,09	25	56,81
Protocolos na atenção ao parto e nascimento	9	20,45	7	15,92	28	63,63
Partograma	5	11,38	18	40,9	21	47,72
Oferta de alimentos/líquidos à gestante	4	9,10	9	20,45	31	70,45
Deambulação	7	15,92	20	45,45	17	38,63
Estímulo a posições não supinas no parto	0	0,00	5	11,37	39	88,63
Episiotomia	14	31,81	12	27,29	18	40,90
Amniotomia	22	50,00	18	40,91	4	9,09
Venóclise	4	9,10	9	20,45	31	70,45
Ocitocina	9	20,46	15	34,09	20	45,45
Kristeller	7	15,92	10	22,72	27	61,36
Vigilância do terceiro estágio do parto	3	6,82	0	0,00	41	93,18
% adequação de maternidades por componente		22,58		20,61		56,81
Boas Práticas no RN/ intervenções desnecessárias	N	%	N	%	N	%

Contato pele a pele	8	18,19	14	31,81	22	50,00
Aleitamento materno na primeira hora de vida	1	2,27	10	25,10	32	72,72
Clampeamento oportuno do cordão umbilical	2	4,55	2	4,55	40	90,90
Práticas de neuroproteção na unidade neonatal	3	6,82	3	6,82	38	86,36
Aspiração de vias aéreas no RN	7	15,90	10	22,74	27	61,36
Estímulo ao aleitamento materno no alojamento conjunto	3	6,82	2	4,55	39	88,63
Protocolos na atenção ao RN	17	38,63	11	25,28	16	36,36
% de adequação de maternidades por componente		13,31		16,83		69,47

Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

Analisando cada critério dos componentes da matriz de análise e julgamento foi observado que 54,54% dos estabelecimentos apresentaram grau de adequação inadequado quanto à existência de poltronas para acompanhantes e 11,36% não tiveram as refeições garantidas. Nas unidades neonatais 25,64% das maternidades não disponibilizavam poltronas para acompanhantes. Observa-se que o direito ao acompanhante em tempo integral foi classificado como adequado em 97,73% das maternidades avaliadas.

O conforto e a privacidade garantidos pelos quartos PPPs ainda é escasso no estado onde 70,45% das maternidades estudadas não tem a existência de um quarto individual para o parto e nascimento. Em 38,63% das maternidades os equipamentos que possibilitam o alívio da dor de maneira não farmacológica durante o trabalho de parto e parto apresentaram grau de adequação inadequado. Quanto à presença da enfermeira obstétrica no parto 56,81% dos hospitais foram classificados como inadequados. Verificou-se que ainda há maternidades que não utilizam de protocolos ou manuais técnicos na assistência às mulheres e aos recém-nascidos obtendo grau de adequação inadequados de 63,63% e 27,27% respectivamente.

O preenchimento do partograma foi considerado inadequado em 47,72% delas. A oferta de alimentos ou líquidos às gestantes foi avaliada como não adequada em 70,45%, enquanto 38,63% dos hospitais tiveram percentual de inadequação no estímulo à deambulação durante o trabalho de parto. O estímulo a posições não supinas durante o parto apresentou alto índice de inadequação entre as maternidades da Rede Cegonha no estado com 88,63%.

O grau de inadequação das intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto nas maternidades foi: episiotomia (40,90%), amniotomia (9,09%), venóclise (70,45%), ocitocina (38,63%) e manobra de Kristeller (61,36%).

Em relação à vigilância no terceiro estágio 93,18% das maternidades foram classificadas como inadequadas na utilização de medidas de prevenção da hemorragia pós-parto.

No que se refere às boas práticas ao recém-nascido na assistência ao nascimento, o contato pele a pele o na primeira hora de vida foi classificado como inadequado em 50% dos hospitais e o aleitamento materno na primeira hora em 72,72%. Já o clampeamento oportuno do cordão umbilical foi julgado como inadequado em 90,90% das maternidades e 61,36% foram classificadas como não adequadas quanto à prática de aspiração das vias aéreas do recém-nascido logo após parto.

Em relação aos cuidados na unidade neonatal, 86,36% das maternidades apresentaram grau inadequado às práticas de neuroproteção e 88,63% dos trabalhadores do alojamento conjunto nos hospitais relataram a oferta de fórmula infantil nos setores.

Discussão

Os resultados do estudo avaliativo mostraram diferentes níveis de adequação de cada componente nas dimensões de estrutura e processos, por isso utilizou de diferentes fontes de dados para alcançar maior confiabilidade nas informações declaradas. Entretanto se limitou a utilizar uma fonte de dados por critério avaliativo e o número de puérperas entrevistadas não representou uma amostra probabilística e sim um recorte com representatividade regional definido pela avaliação da Rede Cegonha nacional.

Sabe-se que há um sólido corpo de evidências dos benefícios da garantia do direito ao acompanhante durante toda a internação obstétrica à saúde física e emocional das mães e bebês. Ademais, é uma garantia nos estabelecimentos onde ocorrem parto no Brasil desde o ano de 2005. Os resultados desta pesquisa sugerem que este direito está sendo assegurado às mulheres e recém-nascidos nas regiões pesquisadas.^{8,9,10} Embora seja necessário adequações na estrutura para garantir acolhimento e conforto do acompanhante como poltronas para acomodar os pais nas unidades obstétricas e neonatais, conforme as recomendações da lei do acompanhante e das diretrizes de assistência integral e humanizada aos bebês com potenciais níveis de gravidade.¹¹

A vigilância do terceiro estágio do parto como prevenção da hemorragia pós-parto predominou como o maior desafio das maternidades avaliadas. A morte por hemorragia puerperal ocupa o segundo lugar como maior causa de morte materna no Brasil e primeira em Minas Gerais ^{12,13,14} Ainda que investimentos em tecnologia, conhecimento científico e habilidades técnicas para tratar emergências obstétricas tenham sido adquiridos ao longo dos anos, são insuficientes para reduzir substancialmente a morte materna a níveis aceitáveis, sugerindo problemas de iniquidades para além do acesso como a cor da pele e vulnerabilidades sociais.^{12, 15} O uso de boas práticas combinadas e baseadas em evidências científicas previne a hemorragia pós-parto e as mortes evitáveis.¹⁶

Os quartos individualizados de parto, chamados PPP (pré-parto, parto e pós-parto) que deveriam substituir os tradicionais pré-partos coletivos desde a RDC 36 de 2008 ¹⁷, que normatiza os serviços de obstetrícia no país refletem a estagnação dos avanços na ambiência das maternidades. O ambiente privativo durante o trabalho de parto e parto não só garante segurança e privacidade às mulheres, mas proporciona um ambiente favorável à fisiologia do parto. O estudo demonstrou que a Rede Cegonha não avançou em sua diretriz ambiência, o que aumenta ainda mais a importância da avaliação da estrutura das maternidades no tocante à adequação dos ambientes, mesmo que de forma isolada.¹⁸

Outro ponto que chama a atenção é a tímida presença da enfermagem obstétrica na assistência ao parto de baixo risco. Ainda que um número expressivo de estudos tenha demonstrado que o trabalho da enfermeira obstétrica está relacionado à diminuição de intervenções desnecessárias e maior satisfação das mulheres no trabalho de parto e parto e melhores desfechos perinatais, metade das maternidades avaliadas não teve participação dessa profissional no parto.^{19,20,21} Essa realidade demonstra um modelo de assistência ao parto patologizado e hipermedicalizado ainda centralizado na figura do médico. Em que se pese diretrizes nacionais ²² e internacionais²³ na recomendação de um modelo liderado por enfermeiras obstétricas e com maior acesso às boas práticas recomendadas pela OMS.

A qualidade dos processos de trabalho, assim como o alcance das metas assumidas pelo país na redução da mortalidade materna e infantil dependem diretamente da qualidade da assistência hospitalar, onde ocorrem 98% dos partos no Brasil. Sendo assim, é necessário avançar para que os serviços garantam a implantação de protocolos clínicos na assistência à mulher e ao bebê para assegurar além de boas práticas baseadas nas melhores evidências, os direitos conquistados ao longo de anos de avanços em políticas públicas.²⁴

O partograma não foi preenchido em quase um terço das maternidades. Cabe ressaltar que além de ser um instrumento de monitoramento do acompanhamento do trabalho de parto

e tomada de decisões clínicas, é um dispositivo de comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar. E, ainda é um dos pilares do documento de experiências positivas no parto da Organização Mundial de Saúde.²³

A inexistência de equipamentos que possibilitem o alívio não farmacológico da dor foi alto, visto que a presença de um único equipamento como a banqueta, bola, escada, cavalinho ou barra já garantiria a maternidade como adequada. A possibilidade de deambular durante o trabalho de parto foi relatada em grande parte das maternidades, mas ainda há desafios. Já a posição no momento do parto teve o segundo pior desempenho desse estudo demonstrando que as mulheres continuam parindo em posição litotômica, o que traduz a dificuldade de superar a cultura da imobilização física da mulher no parto no Brasil. Um estudo nacional mostrou que pequenas adequações na ambiência e treinamento profissional podem proporcionar maior liberdade à mulher durante o nascimento.²⁵

Mais da metade das mulheres não tiveram prescrição de dieta líquida ou leve durante o trabalho de parto, restringindo à mulher a possibilidade de ingerir alimentos, uma prática já recomendada há anos.²³

Ainda que estudos tenham demonstrado avanços no uso de tecnologias apropriadas no parto e nascimento no Brasil, os resultados refletem a manutenção de práticas desnecessárias no trabalho de parto e parto como episiotomia, amniotomia e uso de ocitocina para aceleração do trabalho de parto, manutenção de acesso venoso e a manobra de Kristeller. Este estudo se limitou à análise de prontuários para a coleta de dados sobre as intervenções desnecessárias na mulher, com exceção da manobra de kristeller que utilizou a puérpera como fonte de coleta. Sabe-se que o registro de tais procedimentos nos prontuários podem estar subnotificados. A mesma avaliação que investigou maternidades em todo o Brasil apresentou elevados percentuais de intervenções desnecessárias: amniotomia (87,1%), venóclise (63%), episiotomia (55,5%), manobra de Kristeller (18,5%) e uso de ocitocina (4,3%).^{4, 26}

A baixa adequação na assistência ao recém-nascido é um desafio para as maternidades mineiras estudadas; a prática do clampeamento oportuno do cordão umbilical e do cuidado pele a pele entre a mãe e o bebê ainda não estão totalmente adequadas. Práticas demonstradamente de baixo custo, simples e fáceis de ser aplicadas que aumentam a chance de sobrevivência dos bebês e reduzem a mortalidade neonatal, especialmente em países pobres e em desenvolvimento.^{27,28} Entretanto, rotinas que já deveriam ter sido abolidas como a aspiração das vias aéreas de recém-nascidos saudáveis permanecem elevadas nas salas de parto.

Nas unidades neonatais, as estratégias para redução de luminosidade e ruídos, assim como a manipulação dos bebês de forma conjunta não estão garantidos de acordo com as normativas que regulam a assistência neonatal no Brasil.¹¹

O trabalho tem como limitação o baixo número de puérperas entrevistadas, pois o desenho amostral foi calculado estatisticamente para se obter uma representatividade por macrorregiões do país e não por estados, tornando a amostra pequena para maiores inferências.

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstram baixa adequação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento na estrutura e processos das maternidades da Rede Cegonha em Minas Gerais. O componente direito ao acompanhante teve o maior percentual de maternidades avaliadas como adequadas no critério garantia de acompanhante de livre escolha. Já o componente boas práticas na atenção à mulher apresentou desafios na redução de práticas desnecessárias e uso de tecnologias apropriadas no parto com os piores percentuais de adequação na vigilância do terceiro estágio e no estímulo a posições não supinas no parto. A disponibilidade de equipamentos para alívio não farmacológico da dor apresentou o maior percentual de adequação deste componente. Nas boas práticas ao recém-nascido, o clampeamento oportuno do cordão umbilical obteve o maior grau de inadequação, se destacando como o componente com maiores desafios na implantação de práticas recomendadas e que devem ser estimuladas. Destaca-se que esses resultados não refletem a situação do estado e sim de uma parcela de estabelecimentos avaliados.

Nesse sentido, dada a importância do uso de tecnologias apropriadas no parto e nascimento e a complexidade em mudar o modelo obstétrico e a melhoria da qualidade das maternidades, sugere-se que o acompanhamento sistemático dos indicadores e ações da RC continuem sendo avaliados pelos serviços, com vistas a monitorar e fazer valer as melhores práticas no parto e nascimento baseada nas evidências científicas e nos direitos das mulheres, podendo-se utilizar das ferramentas de avaliação em saúde.

Referências

1. Victora CG, Aquino EM, Leal, MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald, CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011; 377 (9780): 1863-1876.

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/260202/mod_resource/content/1/Victora%20materna%20and%20child%20health%20in%20Brazil.pdf. Acesso em: 4 set. 2018.

2. Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad de Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl 1): S17-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>.
3. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Bras Enf*. 2018; 71 (Suppl 3): 1393-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000901313&script=sci_arttext&tlng=pt.
4. Leal MC, Bittencourt SA, Pereira APE, Ayres BVS, Silva LBRA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Pereira MN, Torres JA, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela MEA. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad de saude publica*. 2019; 35(7): e00223018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n7/e00223018/en/>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS–a Rede Cegonha. Brasília, DF: Saúde Legis; 2011. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
6. Rattner D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus* (Brasília). 2018; 8 (1): 103-108. Disponível em:<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1460/1314>
7. Minayo MCS; Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
8. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues, RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad de saude publica*. 2014; 30 (Suppl): S140-153. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S140-S153/>
9. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski, ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc. Anna Nery*. 2013; 17(3): 432-438. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000300432&script=sci_arttext.
10. Brasil. Lei nº11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. [citado 2020 jun 25]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou

potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1. Brasília, DF, p.138. 11, de maio de 2012.

12. Osanan GC, Padilla H, Reis MI, Tavares, AB Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. Rev Brasde Ginecol e Obstet. 2018; 40(3): 103-105. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032018000300103&script=sci_arttext

13. Say L, Chou D, Gemill, Tunçalp O, Moller, AB, Daniels J, Gulmezoglu M, Temmerman, M, Alkeman, L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health [Internet]. 2014 Jun [citado 2020 mar 01]; 2(6): e323-e333, 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext).

14. Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (MG). Relatório de atividades e resultados: período 2016-2018 [Internet]. Belo Horizonte: SES/MG; 2019. [citado 2020 jun 25]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/abril_maio_junho/24-05-Relatorio-de-atividades-e-Resultados-CEPMMIF-2016-2018.pdf

15. Leal MDC, Gama SGND, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CND, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad de Saúde Pública. 2017; 33 (Supl 1): e00078816. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl1/e00078816/>

16. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018.

17. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

18. Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. Cad. de Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2020 out 16]; 30 (Supl 1): S208-S219. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0208.pdf>

19. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwifeled continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane database of systematic reviews. 2016; (4). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf/full>

20. Denham S; Humphrey T; Taylor R. Quality of care provided in two Scottish rural community maternity units: a retrospective case review. BMC pregnancy and childbirth. 2017; 17(198): 2-11. Disponível em: <https://openair.rgu.ac.uk/bitstream/handle/10059/2405/DENHAM%202017%20Quality%20of%20care%20provided%20in%20two%20Scottish.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Grigg CP, Tracy SK, Tracy M, Daellenbach R, Kensington M, Monk A, Schmied V. Evaluating Maternity Units: a prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand - clinical outcomes. *BMJ Open*. 2017; 7(8): 1-10. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/8/e016288.full.pdf>
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: MS; 2017, 51p.
23. World Health Organization. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018, 210p.
24. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad de Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl 1): S192-S207. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt/>
25. Niy DY, Oliveira VC, Oliveira LR, Alonso BD, Diniz CSG. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180074. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2019.v23/e180074/>
26. Bittencourt DAS, Vilela MEA, Oliveira MC, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RM Reis AC, Santos GL. Atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha: avaliação grau de implantação das ações. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2020 jul.
27. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: WHO. Newborns: reducing mortality; 2019 Sep 19 [citado 2019 Nov 19]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
28. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016 Abr-Dec; 25(2):281-290. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2016.v25n2/281-290/pt/>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do grau de adequação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento em maternidades de Minas Gerais mostrou que os hospitais ainda não oferecem cuidados às mulheres e recém-nascidos de acordo com a diretriz da RC que recomenda uso de tecnologias apropriadas durante o trabalho de parto e parto. Mais da metade foi classificada como não adequada e o restante como parcialmente adequada. O componente direito ao acompanhante teve o maior percentual de maternidades adequadas, seguido por boas práticas e intervenções desnecessárias à mulher. O menor desempenho foi observado no componente boas práticas e intervenções desnecessárias no recém-nascido.

Os principais desafios para a adequação das maternidades nos aspectos estruturais se deram pela insuficiência de poltronas nas unidades obstétricas e neonatais, ausência de quartos individualizados para garantir de privacidade e conforto à mulher, falta de enfermeiras obstétricas na assistência multidisciplinar ao parto e baixa adesão a protocolos clínicos que orientem as condutas obstétricas. Enquanto nos processos, a ausência da prescrição de uma dieta leve para a mulher em trabalho de parto, a vigilância efetiva na prevenção da hemorragia pós parto, uso de práticas desnecessárias na mulher e no recém-nascido e medidas simples e importantes como o clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e boas práticas nas unidades neonatais contribuíram com os índices de inadequação.

Embora haja uma supervalorização dos hospitais para a assistência ao parto, nota-se que a assistência prestada ainda é baseada em um modelo inseguro e pouco baseado em evidências científicas, o que pode acarretar danos à mulher e ao recém-nascido. A importância de um local adequado e seguro para o nascimento, métodos e equipamentos simples que ajudam na fisiologia do parto e profissionais preparados para atuar em momento oportuno durante o trabalho de parto e parto podem refletir na melhoria da qualidade da assistência e dos indicadores perinatais.

Adequar a estrutura física das maternidades por meio da construção de quartos individualizados, adquirir equipamentos para alívio não farmacológico da dor e manter uma escala de enfermeiras obstétricas completa na assistência direta ao trabalho de parto e nascimento deve fazer parte do planejamento das maternidades frente a níveis inaceitáveis dos indicadores de boas práticas.

O estudo oferece, portanto, subsídios para que os gestores continuem o monitoramento das boas práticas na atenção ao parto e nascimento tem em vista as diretrizes da RC e mostra

que novas avaliações são necessárias para o contínuo planejamento das ações de atenção à mulher e ao recém-nascido.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALKEMA, Leontine *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 462-474, 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2900838-7> . Acesso em: 3 nov. 2018.
- ALMEIDA, Karlo Jozefo Quadros de *et al.* Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 52, n. 76, p. 1-11, 2018. Disponível em https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-52-87872018052017291.pdf. Acesso em: 4 fev. 2018.
- ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; FERREIRA, Petrucia Barbosa. Apoio institucional: tecnologia inovadora para fortalecer a rede perinatal a partir do dispositivo acolhimento e classificação de risco. *In*:BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 62-76. (Caderno humaniza SUS, v.4).
- BROUSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S208-S219, 2014. Supl.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0208.pdf>. Acesso em: 16 out 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 11 de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]. Brasília, DF : Saúde Legis, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html . Acesso em: 4 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) [...]. Brasília, DF : Saúde Legis, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 4 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria n.1.228, de 13 de junho de 2012** Aprova Etapa II do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Minas Gerais e aloca recursos financeiros para sua implementação. Brasília, DF: Saúde Legis, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1228_13_06_2012.html . Acesso em: 4 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS–a Rede Cegonha. Brasília, DF: Saúde Legis, 2011.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 4 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3062 de 21 de Dezembro de 2011**. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha e Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Minas Gerais e aloca recursos financeiros para sua implementação.

Brasília, DF: Saúde Legis, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3062_21_12_2011.html. Acesso em: 4 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1951 de 18 de Outubro de 2016**. Aprova o Componente Parto e Nascimento da Etapa V do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios de Minas Gerais e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília, DF: Saúde Legis, 2016. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3062_21_12_2011.html. Acesso em: 4 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3038 de 27 de Dezembro de 2016**. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios de Minas Gerais e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília, DF: Saúde Legis, 2016. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt3038_27_12_2016.html. Acesso em: 4 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha. Resultados Estado: Minas Gerais. P. 4-9. Setembro de 2018.

BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Cap. 3. p. 61-74

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 49-59, 2013. Disponível em:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832013000100005&script=sci_arttext. Acesso em 05/09/ 2019.

CARNEIRO. Fernando Ferreira *et al.* Mapeamento de vulnerabilidade socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal 2011. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 37, n. 125, p. 143-148, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n125/a16v37n125.pdf>.

Acesso em: 12 nov. 2018.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.65, n.2. p. 227-244, Abr./jun. 2014.

Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>. Acesso em: 22 abr. 2019.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO À MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL (Minas Gerais). **Relatórios de atividades**: período 2016-2018. Belo Horizonte : SES/MG, 2019. Disponível em:

http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/abril_maio_junho/24-05-Relatorio-de-atividades-e-Resultados-CEPMMIF-2016-2018.pdf . Acesso em 25 jun. 2019.

DATASUS. DATASUS: Informações de Saúde (Tabnet). Estatísticas Vitais. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Óbitos Maternos. Brasília 2019. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6939&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10>. Acesso em: 1 mai. 2019.

DENHAM, Sara; HUMPHREY, Tracy; TAYLOR, Ruth. Quality of care provided in two Scottish rural community maternity units: a retrospective case review. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 198, p. 2-11, 2017. Disponível em:

<https://openair.rgu.ac.uk/bitstream/handle/10059/2405/DENHAM%202017%20Quality%20of%20care%20provided%20in%20two%20Scottish.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 12 mar. 2019.

DINIZ, Simone G.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; LANSKY, Sonia. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 94-101, 2012.

Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2812%2940657-7?needAccess=true>. Acesso em: 12 mar. 2019.

DONABEDIAN, Avedis. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring, v. 1, p. 77-128, 1980.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella *et al.*(org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

GOMES, Carla; SORJ, Bila. Corpo, geração e identidade: a Marcha das vadias no Brasil. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 433-447, 2014. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922014000200007&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em Abril 2019.

GRIGG, Celia P. *et al.* Evaluating Maternity Units: a prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand - clinical outcomes. **BMJ Open**, v.7, n, 8 p.1-10, 2017. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/8/e016288.full.pdf> Acesso em: 12 mar. 2019.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HUG, Lucia *et al.* National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, p. e710-e720, June 2019. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930163-9>
Acesso em: 3 jan. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTO ESTRATÉGICO (coord.). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA: SPI, 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf. Acesso em: set. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030** : ODS – metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em: 4 mar. 2019.

LANSKY, Sônia. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/846/809>. Acesso em: 10 fev. 2019.

LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-S207, 2014. Supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, Boa Vista, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n1/1519-3829-rbsmi-15-01-0091.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S17-S32, 2014. Supl.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In:* HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. cap. 2, p.41-63

MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde. **Resolução n. 3526 de 27 de novembro de 2012**. Aprova as normas gerais do repasse do recurso federal da Rede Cegonha dos municípios sob gestão estadual e do incentivo financeiro estadual complementar para custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher e Criança (Rede Viva Vida) [...]. Belo Horizonte: SES, 2012. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_3526.pdf. Acesso em: 4 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Nações unidas no Brasil**. [Brasília]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em: 26 abr. 2019.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/838/801>. Acesso em: 16 mai. 2019.

PEREIRA, Simone Barbosa *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, p.1393-1399, 2018. Supl.3. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000901313&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 4 fev. 2019.

RATTNER, Daphne. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília v. 8, n. 1, p. 103-108, 2014. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1460/1314>. Acesso em: 4 fev. 2019.

SANDALL J *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, p. 1-118, 28 apr. 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf/full> Acesso em: 1 mar. 2019.

SAY, Lale *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2814%2970227-X>. Acesso em: 1 mar. 2019.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. *In:* HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, Ana Lúcia Andrade da *et al.* Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 682-691, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0682.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232012000400002&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 9 jul. 2019.

TORRES, Jacqueline Alves *et al.* Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. **Reproductive health**, v. 15, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31406/2/Evaluation%20of%20a%20quality%20Rosa%20Domingues%20INI%202018.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.

TORRES, Jacqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S220-S231, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000700026. Acesso em: 12 mar. 2019.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/260202/mod_resource/content/1/Victora%20materna%20and%20child%20health%20in%20Brazil.pdf. Acesso em: 4 set. 2018.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S85-S100/>. Acesso em: 25 jul. 2018.

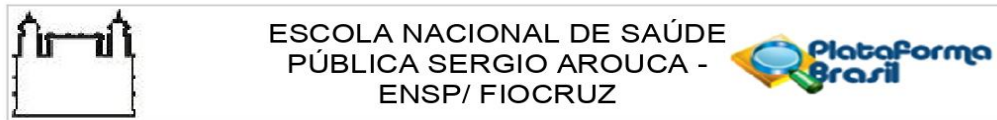
WINTER, Rebecca *et al.* Assessment of health facility capacity to provide newborn care in Bangladesh, Haiti, Malawi, Senegal, and Tanzania. **Journal of global health**, v. 7, n. 2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5804038/pdf/jogh-07-020509.pdf>. Acesso em: 4 set. 2018.

WHO. **Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action**. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324738/9789241515849-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 mai. 2019.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 abr. 2019.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre : Bookman, 2015.

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA AVALIATIVA DA GESTÃO E ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NA REDE SUS DO BRASIL

Pesquisador: ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56389713.5.3001.5240

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISA CLINICA

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.866.931

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pelo Ministério da Saúde, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão e Fiocruz-Escola Nacional de Saúde Pública, cuja coordenadora regional na ENSP é a pesquisadora Maria do Carmo Leal.

"O objeto do trabalho é a avaliação do grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha – Ministério da Saúde. Além disso, visa verificar a implantação de mudanças do modelo de gestão desses serviços, a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das boas práticas e a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias, execução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e gestão participativa. Este projeto está vinculado a uma política ministerial, a Rede Cegonha, de abrangência nacional do Ministério da Saúde/SAS/DAPES.

O projeto terá a duração de 24 meses, compreendendo as seguintes etapas: 1ª) Planejamento e implementação das ações; 2ª) Avaliação Externa; e 3ª) Devolutiva do Resultado e Apoio às Maternidades. Para tanto, propõe-se a execução de pesquisa avaliativa com diferentes enfoques metodológicos, como observação participante, análise documental e entrevista com gestores,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.866.931

trabalhadores e usuárias. Os instrumentos de coleta de dados serão organizados em módulos: I) Identificação; II) Acolhimento com classificação de risco; III) Direito ao acompanhante; IV) Vigilância e monitoramento epidemiológico; V) Ambiência; VI) Gestão participativa e compartilhada na maternidade; e VII) Boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ao todo, será avaliada uma amostra mínima de 872 estabelecimentos de saúde do SUS (maternidades) que realizem 500 ou mais partos por ano, distribuídas por todo o território nacional, sendo 346 destes estabelecimentos sob a responsabilidade da UFMA e os demais 526 sob responsabilidade da ENSP/FIOCRUZ. Ao final das avaliações serão confeccionados relatórios técnicos e realizadas reuniões técnicas com as maternidades, a fim de ampliar o apoio à implementação de boas práticas na atenção e na gestão."

O projeto tem financiamento do MS no valor de R\$1.800.000,00. A coleta de dados inicia em janeiro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a proponente:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha, com vista a induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, fomentando melhorias no acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas no parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a implantação de mudanças do modelo de gestão e atenção nos serviços que realizam partos, garantindo acesso, acolhimento, resolutividade, e incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias e a execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.866.931

gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, garantindo acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente:

"Por se tratar de pesquisa utilizando apenas as técnicas de entrevista, análise documental e observação in loco, não haverá riscos biológicos para os participantes. Potenciais riscos decorrentes de relações de poder serão minimizados na medida em que a confidencialidade e sigilo dos dados serão garantidos. Não haverá penalidades ou prejuízos às usuárias devido às suas opiniões, nem tampouco aos trabalhadores ou gestores do estabelecimento. O único possível dano seria o constrangimento, mas o(a) senhor(a) poderá se recusar a responder a qualquer pergunta e poderá interromper a entrevista. Portanto, não haverá penalidades ou prejuízos devido à participação nesta pesquisa.

Há vários potenciais benefícios decorrentes deste projeto, especialmente no que se refere à produção de dados sobre a qualidade da estrutura e dos serviços relacionados ao parto e nascimentos nas maternidades públicas do país, vinculadas ao SUS. Esses dados serão processados e serão expedidos relatórios com análise das diversas situações observadas. Estes dados e relatórios serão discutidos com gestores das diferentes instâncias do SUS, com o propósito de direcionar a implementação de ações. Ademais, serão gerados trabalhos científicos que poderão contribuir para uma discussão mais ampla do tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Instrumentos de coleta de dados (questionários, formulários, roteiros de entrevistas, etc);

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.866.931

- Termo de anuência da instituição Coparticipante.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se adequado ética e metodologicamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.***

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.866.931

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	10/11/2016 17:01:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	01/08/2016 20:47:16		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE.docx	01/08/2016 20:46:25	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.pdf	01/08/2016 20:42:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2016.doc	01/08/2016 20:42:06	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_01_08_2016.docx	01/08/2016 20:41:33	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	16/05/2016 11:38:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2016.pdf	16/05/2016 11:36:37	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2016.doc	16/05/2016 11:35:46	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	15/04/2016 19:02:36		Aceito
Outros	7_Liberacao_local.pdf	15/04/2016 19:01:44	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_25_02_2016.docx	15/04/2016 18:57:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_rostoassinada.pdf	15/04/2016 18:52:31	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	04/12/2013 22:17:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_246985.pdf	10/11/2013 01:49:52		Aceito

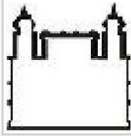
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.866.931

RIO DE JANEIRO, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário do Gestor

I. Identificação do estabelecimento:

1. Gestão:

Federal

Estadual

Municipal

2. Esfera Administrativa:

Pública

Privada

Filantrópica

3. Tipo de estabelecimento

Hospital Geral

Hospital especializado

Centro de Parto Normal

Outro

a) Qual?

II. Identificação do gestor:

Quantos gestores participarão da entrevista?

4. Nome completo:

5. Data de nascimento:

6. Sexo:

Masculino

Feminino

7. Tempo de trabalho nesta maternidade:

8. Cargo ou função:

9. Como é feita a prevenção e vigilância da hemorragia pós-parto?

OPÇÃO A: Ocitocina no 3º estágio - ADEQUADO

OPÇÃO B: Tração controlada do cordão - ADEQUADO

OPÇÃO C: Amamentação na primeira hora - ADEQUADO

OPÇÃO D: Vigilância periódica das condições clínicas da mulher - ADEQUADO

OPÇÃO E: Presença de acompanhante no pós-parto - ADEQUADO

OPÇÃO F: Outro. ADEQUADO

APÊNDICE B – Questionário do Trabalhador

I. Identificação do profissional:

1. Nome completo:

2. Data de nascimento:

3. Sexo:

Masculino

Feminino

4. Esse hospital tem unidade neonatal?

Não Sim, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Sim, Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo)

Sim, Unidade de Cuidados Intemediários Canguru (UCINca)

Não sabe informar

5. Categoria profissional:

Médico Obstetra

Médico Neonatologista

Médico Pediatra Médico outra especialidade

Médico não especialista

Enfermeiro Obstetra

Enfermeiro Neonatologista

Enfermeiro outra especialidade

Enfermeiro não especialista

Obstetriz

Técnico enfermagem

Outro

6. Tempo de trabalho nesta maternidade:

7. O parto normal de uma gestante é realizado por quais profissionais?

OPÇÃO A: Médico(a) obstetra

OPÇÃO B: Enfermeiro(a) obstetra

OPÇÃO C: Obstetriz

OPÇÃO D: Outro.

OPÇÃO E: Não sabe informar

8. Os profissionais dessa maternidade realizam os atendimentos à parturiente baseado em protocolo?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim, mas depende do plantão

OPÇÃO C: Sim, todos os profissionais

OPÇÃO D: Não sabe informar

9. Os profissionais dessa maternidade realizam atendimento ao recém-nascido baseado em protocolo?

OPÇÃO A: NÃO - INADEQUADO

OPÇÃO B: Sim, mas depende do plantão - INADEQUADO

OPÇÃO C: Sim, todos os

10. Quando é realizado o clampeamento do cordão?

OPÇÃO A: Imediatamente - INADEQUADO

OPÇÃO B: Após 1 minuto - INADEQUADO

OPÇÃO C: Quando para de pulsar - ADEQUADO

OPÇÃO D: Outro - INADEQUADO

11. Com que frequência as rotinas de trabalho na Unidade Neonatal (UTIN, UCINCo e UCINCa) buscam respeitar o sono do bebê, considerando os "turnos de descanso"?

OPÇÃO A: Nunca - INADEQUADO

OPÇÃO B: Poucas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO C: Muitas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO D: Sempre – ADEQUADO

12. Com que frequência os procedimentos e cuidados neonatais são feitos de forma conjunta (profissionais agrupados) para evitar o excesso de manipulação do bebê?

OPÇÃO A: Nunca - INADEQUADO

OPÇÃO B: Poucas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO C: Muitas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO D: Sempre – ADEQUADO

13. Com que frequência são utilizadas estratégias para redução da luminosidade na UTIN e UCINCo?

OPÇÃO A: Nunca - INADEQUADO

OPÇÃO B: Poucas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO C: Muitas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO D: Sempre – ADEQUADO

14. Com que frequência são utilizadas estratégias para redução do ruído na UTIN e UCINCo?

OPÇÃO A: Nunca - INADEQUADO

OPÇÃO B: Poucas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO C: Muitas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO D: Sempre – ADEQUADO

15. Com que frequência é realizada a aspiração de vias aéreas no recém-nascido?

OPÇÃO A: Nunca – ADEQUADO

OPÇÃO B: Poucas vezes – ADEQUADO (QUANDO NECESSÁRIO)

OPÇÃO C: Muitas vezes - INADEQUADO

OPÇÃO D: Sempre – INADEQUADO

16. A maternidade oferece "fórmula infantil" para o bebê?

APÊNDICE C – Questionário da Puérpera

I. Identificação da mãe:

1. Qual seu nome completo?

2. Qual a data do seu nascimento?

3. Qual a cor da sua pele?

4. Qual a sua situação conjugal atual?

Solteira

Casada (no papel)/união estável

Vive com companheiro (a) (vive junto)

Separada/divorciada

Viúva

Outra

Não quis informar

5. A maternidade ofereceu refeições para o seu acompanhante?

Opção A: Não ofereceu

Opção B: Sim, o café da manhã.

Opção C: Sim, o almoço.

Opção D: Sim, o café da tarde – não considerar esta opção

Opção E: Sim, o jantar.

Opção F: Não sabe informar – (NEUTRO)

Opção G: Não quis informar - (NEUTRO)

Opção H: Não se aplica (NEUTRO)

6. Você teve acompanhante durante sua internação?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

OPÇÃO C: Não sabe informar (NEUTRO)

OPÇÃO D: Não quis informar (NEUTRO)

7. . Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto?

OPÇÃO A: Não (porque não me ofereceram)

OPÇÃO B: Não (porque eu não quis)

OPÇÃO C: Sim

OPÇÃO D: Não sabe informar

8. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?

OPÇÃO A: Deitada de costas com as pernas levantadas (posição ginecológica) - Inadequada

OPÇÃO B: Deitada na cama de barriga pra cima - inadequada

OPÇÃO C: Deitada na cama de lado - adequada

OPÇÃO D: Reclinada – adequada

OPÇÃO E: Posição vertical, sentada - adequada

OPÇÃO F: Posição vertical, de cócoras - adequada

OPÇÃO G: Posição vertical, de pé - adequada

OPÇÃO H: De quatro apoios - adequada
OPÇÃO I: Não sabe informar (NEUTRO)
OPÇÃO J: Não quis informar (NEUTRO)
OPÇÃO k; Não se aplica (NEUTRO)

9. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê?

OPÇÃO A: Não
OPÇÃO B: Sim
OPÇÃO C: Não sabe informar
OPÇÃO D: Não quis informar (NEUTRO)
OPÇÃO E: Não se aplica (NEUTRO)

10. Imediatamente após o nascimento, ainda no local de parto, o seu bebê foi colocado em contato com a sua pele, sem nenhuma roupa ou lençol entre vocês?

OPÇÃO A: Não, porque a maternidade não colocou
OPÇÃO B: Não, porque não quis
OPÇÃO C: Sim
OPÇÃO D: Sim, mas com lençol
OPÇÃO E: Não sabe informar (NEUTRO)
OPÇÃO F: Não quis informar (NEUTRO)
OPÇÃO : Não se aplica (NEUTRO)

11. Depois do nascimento, você deu o peito no local de parto?

OPÇÃO A: Não
OPÇÃO B: Sim
OPÇÃO C: Não sabe informar (NEUTRO)
OPÇÃO D: Não quis informar (NEUTRO)
OPÇÃO E: Não se aplica (NEUTRO)

ANEXO D – Roteiro de Observação

1. Possui área e layout que possibilite a permanência do acompanhante? TP/P

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

2. Existe acomodação suficiente/proporcional ao número de leitos?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

3. Possui área e layout que possibilite a presença do acompanhante?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

4. Existe lugar para acompanhante em todos os leitos? UTIN

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

5. Possui área e layout que possibilite a presença do acompanhante?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

6. Possui poltrona reclinável que possibilite a presença do acompanhante durante o puerpério?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

7. As cadeiras ou poltronas para acompanhantes são reclináveis? UTIN

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

8. Existe lugar para acompanhante em todos os leitos UCINCO

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

9. As cadeiras ou poltronas para acompanhantes são reclináveis? UCINCO

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

10. Existe lugar para acompanhante em todos os leitos? UCINCA – Se o acompanhante é a mãe, não faz sentido perguntar.

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

11. As cadeiras ou poltronas para acompanhantes são confortáveis? UCINCA

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

12. Possui equipamentos/materiais que proporcionem o alívio não farmacológico da dor (bola de bobath, cavalinho, escada de ling, barra, entre outros)

Não possui

Sim, banqueta para parto vertical
Sim, bola de bobath
Sim, cavalinho
Sim, escada de ling
Sim, barra
Outros

APÊNDICE E – Análise de Prontuários

1. O partograma está preenchido no prontuário?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

OPÇÃO C: Não disponível

2. Qual o tipo de dieta prescrita durante o trabalho de parto?

Dieta zero=INADEQUADO

Dieta líquida /dieta especial ou branda /dieta livre=ADEQUADA

Sem prescrição / não sabe informar = INADEQUADO

Sem trabalho de parto= NÃO SE APLICA

3. Há registro de episiotomia no prontuário?

OPÇÃO A: Não há registro

OPÇÃO B: Sim, há registro de que foi realizado

OPÇÃO C: Sim, há registro de que não foi realizado

OPÇÃO D: Não se aplica

4. Há registro de amniotomia no prontuário?

OPÇÃO A: Não há registro

OPÇÃO B: Sim, há registro de que foi realizado

OPÇÃO C: Sim, há registro de que não foi realizado

OPÇÃO D: Não se aplica

5. Há registro de venóclise durante o trabalho de parto no prontuário?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

OPÇÃO C: Não se aplica

6. Há registro de uso de ocitocina para a indução ou aceleração do trabalho de parto no prontuário?

OPÇÃO A: Não

OPÇÃO B: Sim

OPÇÃO C: Não se aplica

APÊNDICE F – MATRIZ DE SELEÇÃO DE PERGUNTAS

ESTRUTURA - Matriz de seleção das perguntas avaliativas							
	Componentes	Perguntas avaliativas	É prioritária?	É útil? (Não tem resposta de antemão; alguém vai usar esta informação?)	Gera informações importantes?	É viável? (Observar governabilidade, recursos financeiros, humanos, tecnológicos)	TOTAL
Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento	Direito ao acompanhante e de livre escolha	Existem poltronas para o acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério?	X	X		X	3
		Há refeições para o acompanhante?	X	X		X	3
		Existem poltronas para acompanhantes na unidade neonatal? (UTIN, UCINCo, UCINCa)?	X	X		X	3
		Há conforto e privacidade assegurados no ambiente de trabalho de parto e parto (PPP)?	X	X	X	X	4
	Boas práticas na atenção à mulher	Existem equipamentos que possibilitem o alívio não farmacológico da dor no trabalho de parto?	X	X	X	X	4
		Presença de enfermeira obstétrica ou obstetrix no parto de baixo risco	X	X	X		3
		Os profissionais utilizam protocolos e/ou manuais técnicos na atenção ao parto e nascimento?	X	X	X	X	4
	Boas práticas na atenção ao recém-nascido	Os profissionais utilizam protocolos e/ou manuais técnicos no atendimento a recém-nascidos?	X	X	X	X	4

PROCESSOS - Matriz de seleção das perguntas avaliativas								
	Componentes	Perguntas avaliativas	É prioritária?	É útil? (Não tem resposta de antemão; alguém vai usar esta informação?)	Gera informações importantes?	É viável? (Observar governabilidade, recursos financeiros, humanos, tecnológicos)	TOTAL	
Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento	Direito ao acompanhante e de livre escolha	É garantido o acompanhante de livre escolha durante toda a internação obstétrica?	X	X	X	X	4	
	Boas práticas na atenção à mulher	Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas?			X	X	X	3
		Com que frequência são oferecidos alimentos e líquidos/sólidos à parturiente durante o trabalho de parto?	X	X	X	X	4	
		Há estímulo à deambulação no trabalho de parto?	X	X	X	X	4	
		Há estímulo a posições não supinas para a gestante no parto?	X	X	X	X	4	
		Como é feita a vigilância do terceiro estágio para prevenção da hemorragia pós-parto?	X	X	X	X	4	
		Os profissionais realizam episiotomia?	X	X	X	X	4	
		Os profissionais da maternidade fazem amniotomia de rotina?		X	X	X	3	
		É utilizado venóclise de rotina durante o trabalho de parto?		X	X	X	3	
		É utilizado ocitocina no trabalho de parto (aceleração do trabalho de parto)?		X	X	X	3	

Boas práticas na atenção ao recém- nascido	A manobra de Kristeller é realizada na maternidade?	X	X	X	X	4
	O bebê é colocado em contato pele a pele com a mãe, imediatamente após o nascimento?	X	X	X	X	4
	O bebê é colocado junto ao seio da mãe para iniciar o aleitamento na 1ª hora de vida?	X	X	X	X	4
	É realizado o clampeamento oportuno do cordão umbilical do bebê com boa vitalidade?	X	X	X	X	4
	São respeitadas rotinas de manipulação conjuntas do bebê nas unidades neonatais, assim como estratégias de redução de ruídos e luminosidade, como práticas de neuroproteção?	X	X		X	3
	Com que frequência é realizada aspiração de vias aéreas no recém-nascido?	X	X		X	3
	A maternidade oferece fórmula infantil para o bebê no alojamento conjunto? (estímulo à amamentação no AC)	X	X	X	X	4